

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

REUMAHOITAJA ASiantuntijahoitajana

Hoitajavastaanotto erikoissairaanhoidon poliklinikalla

Päivi Salonen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	6
3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA	7
3.1 Reumataudit	7
3.2 Poliklinikka	8
3.2.1 Hoitajavastaanotto	9
3.2.2 Tehtäväkuvien laajentaminen	10
3.3 Reumahoitaja	10
3.3.1 Asiantuntijahoitaja	11
3.3.2 Koulutus	12
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	14
4.1 Kirjallisuuskatsaus.....	14
4.2 Opinnäytetyön eteneminen.....	15
5 TULOKSET	17
5.1 Polikliininen hoitajavastaanotto.....	17
5.2.1 Tehtäväkuvien laajentaminen ja tehtäväsiirrot	21
5.2 Reumahoitaja asiantuntijahoitajana	25
5.3 Koulutus.....	28
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TULOSTEN TARKASTELU.....	30
6.1 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusaiheet	30
6.2 Eettisyys ja luotettavuus	33
LÄHTEET.....	35
LIITTEET	39

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

SALONEN, PÄIVI

Reumahoitaja asiantuntijahoitajana - Hoitajavastaanotto erikoissairaanhoidon poliklinikalla

Opinnäytetyö 47 s.
Toukokuu 2010

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa erikoissairaanhoidossa toimivan reumahoitajan ja asiantuntijahoitajan vastaanottotoimintaa ja koulutusta sekä tehdä selvitys asiantuntijahoitajan vastaanoton toimivuudesta ja kannattavuudesta kirjallisuuteen perustuen. Tehtävinä tarkasteltiin erikoissairaanhoidossa toimivan reumahoitajan tehtäväkuvia polikliinisella hoitajavastaanotolla, vastaanottoa pitävä reumahoitajan tarvitsemaa koulutusta ja toimivan hoitajavastaanoton kriteereitä.

Opinnäytetyö oli kirjallisuuskatsaus, jonka aineisto koostui eri tutkimuksista, kuten pro gradu-tutkielmista, artikkeleista, tilastotiedotteista ja valtakunnallisten toimenpideohjelmien ja hankkeiden raporteista. Teoreettisena lähtökohtana toimivat aiheeseen liittyvät keskeiset käsitteet.

Reumahoitajan tehtäviin kuului reumapotilaan kokonaishoidon koordinointi ja toteutus, ohjaaminen ja psyykinen tukeminen, varsinaiseen hoitotyöhön kulumaton tekninen toiminta, kliinisen hoitotyön asiantuntijuus ja yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa. Koulutus samankaltaisia tehtäviä hoitavilla oli hyvinkin erilaista. Kansainvälisiä suosituksia vastatakseen asiantuntijahoitajana toimivan reumahoitajan tulisi omata myös ylempi perustutkinnon lisäksi ylempi korkeakoulututkinto, työkokemusta ja lisäkoulutusta omalta alalta. Onnistuneen hoitajavastaanoton edellytyksiä ovat riittävän ammatillisen pätevyyden lisäksi johdon tuki koulutukseen ja toiminnan kehittämiseen, mahdollisuus osallistua itse hoitajavastaanottotoiminnan kehittämiseen, yhteistyön sujuminen eri ammattiryhmien välillä, vastuun ja tehtävien selkeä määrittely, tehtävän vaativuutta vastaava palkkaus ja tarkoituksenmukainen työskentely-ympäristö.

Erikoissairaanhoidossa hoitajavastaanottoa pitävän, asiantuntijahoitajana toimivan reumahoitajan työnkuva osoittautui vaativaksi ja monipuoliseksi. Reumahoitajan koulutuksesta puuttuivat maassamme yhtenäiset linjat. Koulutuksen ja pätevyysvaatimusten yhtenäistämisessä on kehittämishaastetta hoitotyön ja erityisesti reuman hoidon tulevaisuudelle, samoin tarvittavissa lakiuudistuksissa laajennetun tehtäväkuvan mahdollistamiselle.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

SALONEN, PÄIVI

Advanced practice nurse in rheumatology - Nursing practice in special health care

Thesis 47 pages.
May 2010

The aim of the thesis was to survey nursing practices and education of advanced practice nurses in rheumatology in special health care and make a review of how the practice of an advanced practice nurse works and pays off. The role and duties of advanced practice nurses in rheumatology, the education their job requires and the criteria of a practical and functional practice were the interests of the thesis.

The thesis was a literature review. It's data consisted of previous research, articles, statistics and reports of national projects. As the theoretic basis were the concepts used in the thesis.

The role of the nurse practitioner was to co-ordinate the care of the patient with rheumatic disease, guidance, mental nurturing, technical functions, working as a specialist and collaboration with other professionals and primary care. The education of the nurses working with similar tasks was diverse. According to international recommendations nurse practitioners should have a master's degree, working experience and further education of the specialised area they work at. To manage a functional nursing practise, the nurse should be qualified enough, have the support of the management to education and developing the practice and chances to take part in developing the practice. It's also important to have a working collaboration with other professionals, clearly defined responsibilities and tasks, salary matching the amount and responsibility of work and convenient working environment.

The role of the advanced practise nurse is demanding and versatile. The education lacks coherent guidelines. There is a lot of challenges to standardize the education and validity of advanced practice nurses in rheumatology and changing the legislation.

Keywords: nurse practitioner, advanced practice nurse, rheumatology, job description, specialist, education

1 JOHDANTO

Erikoissairaanhoidon, erityisesti somaattisen erikoissairaanhoidon avohoidon menot ovat v. 2005 tulleen hoitotakuun myötä kasvaneet merkittävästi, vuodesta 2005 vuoteen 2006 11,9% (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2006) ja edelleen 6,3% vuodesta 2006 vuoteen 2007 (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2007, 2). Valtioneuvoston kanslian toimeksiannossa terveydenhuollon menojen hillitsemiseksi (Pekurinen 2007, 31) todetaan, että terveydenhuollon tulisi tuottaa väestön tarvitsemat palvelut mahdollisimman tehokkaasti. Kuitenkaan pelkkä kustannustehokkuus ei saa olla ainoa mittari terveydenhuollon palveluiden suunnittelussa. Kansanterveyden myönteisen kehityksen saavuttamiseksi korkeatasoiset terveystieteiden palvelut on sovittava yhteen asiakkaiden tarpeiden mukaisesti (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystieteiden tutkimuskeskus 2001, 28).

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat neljännellä sijalla kymmenen kalleimman tautiryhmän tilastossa sekä toiseksi yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisessä vuonna 2000 (Kansallinen TULE-ohjelma 2007, 5). Tuki- ja liikuntaelinsairauksiin kuuluvat reumataudit ovat siis merkityksellinen ongelma sekä yhteiskunnalle että yksilölle.

Lisääntyvään palveluntarpeeseen on yhtenä toimenpiteenä esitetty lääkäreiden ja sairaanhoitajien tehtävänjaon uutta tarkastelua (Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002). Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan erikoissairaanhoidon poliklinikoilla toimivien asiantuntijahoitajien työtä ja koulutusta erityisesti reuman hoidon näkökulmasta.

Oma kiinnostukseni poliklinikkatyöstä, sairaanhoitajan uralla etenemisen mahdollisuuksista ja reumasairauksien yleisyys lähipiirissä innosti tekemään opinnäytetyön reumahoitajan vastaanotosta. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa jo olemassa olevan tiedon avulla erikoissairaanhoidossa toimivien asiantuntijahoitajien vastaanottotoimintaa sekä tehdä selvitys asiantuntijahoitajien vastaanoton toimivuudesta ja kannattavuudesta.

2 TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa erikoissairaanhoidossa toimivan reumahoitajan ja asiantuntijahoitajan vastaanottotoimintaa ja koulutusta sekä tehdä selvitys asiantuntijahoitajan vastaanoton toimivuudesta ja kannattavuudesta kirjallisuuteen perustuen.

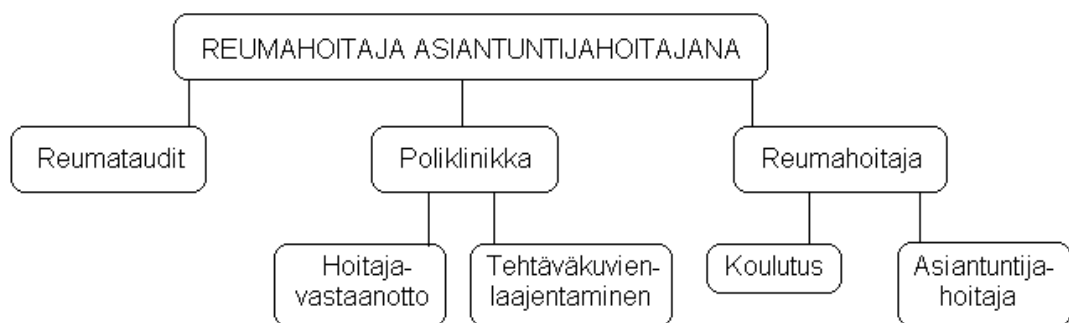
Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää:

- 1) Mitkä ovat erikoissairaanhoidossa toimivan reumahoitajan tehtäväkuvat polikliinisella hoitajavastaanotolla?
- 2) Millaista koulutusta vastaanottoa pitävä reumahoitaja tarvitsee?
- 3) Millainen on toimiva hoitajavastaanotto?

Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa asiantuntijahoitajien vastaanottojen toimivuudesta. Saadulla tutkimustiedolla voidaan kehittää reumapoliklinikoiden vastaanottotoimintaa ja reumahoitajien koulutusta.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Opinnäytetyön keskeinen lähtökohta on reumahoitajan vastaanotto. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa erikoissairaanhoidossa toimivan reumahoitajan vastaanottotoimintaa, sekä tehdä selvitys asiantuntijahoitajan vastaanoton toimivuudesta ja kannattavuudesta kirjallisuuteen perustuen. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat reumataudit, poliklinikka, hoitajavastaanotto, reumahoitaja ja koulutus (kuvio 1).



KUVIO 1. Viitekehys

3.1 Reumataudit

Tuki- ja liikuntaelimistöön kuuluvat luusto, nivelet ja lihakset. Tuki- ja liikuntaelimistön tehtävät vastata elimistön tukemista, asentoa, suojaamista ulkoisilta tekijöiltä, liikkuvuudesta ja liikkumisesta ovat keskeisiä toimintakyvyn, työkyvyn, sosiaalisen osallistumisen ja hyvän elämänlaadun edellytyksiä. (Kansallinen TULE-ohjelma 2007, 2.) Reumataudit ovat yksi ryhmä tuki- ja liikuntaelinsairauksista, eli TULE-sairauksista. Reuma käsitteenä on yleisnimitys useille nivel- ja lihassairauksille ja -oireille (MOT lääketieteen sanakirja).

Reumasairaudet voidaan jakaa kolmeen pääryhmään: tulehdukselliset, degeneratiiviset eli rappeutumiseen liittyvät ja pehmytkudosten reumasairaudet. Tulehduksellisiin reumasairauksiin kuuluvat erikoissairaanhoidon kannalta merkittävimmät sairaudet nivelreuma ja systeemiset sidekudossairaudet. Tulehduk-

sellisiin reumasairauksiin kuuluu myös akuutteja sairauksia, kuten kihti ja reaktiivinen artriitti. Degeneratiivisia sairauksia ovat esimerkiksi nivelrikko, selkäsairaudet ja osteoporoosi, jotka ovat ei-tulehduksellisia reumasairauksia ja jotka ovat kansanterveydellisesti erittäin tärkeä ryhmä. Kroonisista pehmytkudossairauksista merkittävin on fibromyalgia. (Karjalainen 2007, 1.) Kansanomaisena käsitteenä reumalla tarkoitetaan pääasiassa nivelreumaa ja usein myös selkärankareumaa ja lastenreumaa (Martio 2007).

Nivelreuman, joka on reumataudeista yleisin, hoito kestää usein läpi elämän. Erikoissairaanhoidossa reumapotilasta seurataan ja hoidetaan yleisimmin noin 1-2 vuotta taudin toteamisesta, eli kunnes taudissa on saavutettu remissio eli oireiden lieveneminen, tai hyvä hoitovaste, hoidon haittavaikutuksia ei ole ilmennyt ja kunnes riittävä moniammatillinen potilasohjaus ja kuntoutusarvio on tehty. (Nivelreuma 2009.)

Varhainen diagnoosi on nivelreuman hoidossa tärkeää, jotta hoito voidaan aloittaa tehokkaasti ja tauti saada mahdollisimman nopeasti remissioon. Jos remissio saavutetaan ensimmäisen vuoden aikana, on todennäköistä saada tauti pysyvästi lieväoireiseksi ja potilas kärsii todennäköisesti vähemmistä nivelerosoista. Tämä merkitsee myös parempaa toiminta- ja työkykyä. (Nivelreuma 2009.) Yksi tehokas keino nopeuttaa reumapotilaan hoitoon pääsyä on jakaa potilastyötä eri ammattilaisten kesken (Julkunen & Romu 2004, 1149). Reuman hoitoon perehtyneiden sairaanhoitajien ammattitaitoa olisi siis järkevää hyödyntää.

3.2 Poliklinikka

Poliklinikka on määritelty muun muassa sairaalan yhteydessä toimivaksi sairaiden vastaanotto- ja hoitopaikaksi (Facta tietopalvelu & MOT lääketieteen sanakirja) ja sairaalan yhteydessä olevaksi vastaanotto- tutkimus- ja hoitopaikaksi (MOT kielitoimiston sanakirja). Tässä tutkimuksessa polikliinisella vastaanotolla tarkoitetaan erikoissairaanhoidossa toimivaa avoterveydenhuollon vastaanottoa, jossa potilas tapaa lääkärin tai sairaanhoitajan saadakseen hoitoa ja ohjausta sairauteensa liittyen.

Poliklinikat toimivat useimmiten lähete-poliklinikoina, jonne potilaat hakeutuvat perusterveydenhuollon lääkärin lähetteen perusteella. Poliklinikoilla hoidetaan potilaita, joiden tutkimus ja hoito ei edellytä osastohoitoa. (Eloranta 2006, 10.) Yleensä poliklinikkakäyntiin kuuluu keskeisenä lääkärin tapaaminen, mutta joillakin poliklinikoilla toimii myös sairaanhoitajien vastaanotto (Gylling ym. 1995, Nylander ym. 2000, Eloranta 2006, 10 mukaan).

3.2.1 Hoitajavastaanotto

Hoitajavastaanotolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä polikliinista vastaanottoa, jossa potilas tapaa hoitohenkilökuntaan kuuluvan henkilön, yleensä sairaanhoitajan, mutta ei lääkäriä tai sairaanhoitaja ottaa potilaan vastaan itsenäisesti joko ennen tai jälkeen potilaan tavattua lääkärin. Sairaanhoitajan työ hoitajavastaanotolla muodostuu lääkärin vastaanotolta tulevien potilaiden hoitomääräysten mukaisesta hoidon toteuttamisesta, hoitajan oman harkinnan mukaisesti potilaan hoidosta ja työskentelystä lääkärin vastaanotolla (Helle-Kuusjoki 2005, 32). Hoitajalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajaa.

Hoitajavastaanottojen asiakkaina ovat pääsääntöisesti pitkäaikaissairaat potilaat, kuten reumapotilaat. Vastaanottokäynnillä hoitaja voi antaa erilaisia hoitoja tai tehdä toimenpiteitä tai tutkimuksia. Erityisesti pitkäaikaiseen sairauteen sairastuneiden uusien potilaiden kohdalla korostuu neuvonta ja ohjaus, potilaan motivoiminen ja tukeminen sekä potilaiden ja heidän omaistensa kanssa keskusteleminen. Neuvonta- ja ohjauspainotteisilla vastaanotoilla hoitaja voi ottaa kantaa laajempiin kokonaisuuksiin potilaan hoidossa. (Säilä 2005, 18.)

Polikliiniset hoitajavastaanottokäynnit ovat osa potilaan kokonaishoitoa. Neuvonta- ja ohjauskäynneillä pyritään parantamaan potilaan itsehoitokykyä ja valmiuksia. (Säilä 2005, 11.) Hoitajavastaanotto toiminta on auttanut pitämään jo-
noja kurissa joidenkin potilasryhmien kohdalla ja hoidon saatavuus on näin parantunut (Helle-Kuusjoki 2005, 33; Säilä 2005, 11.) Suuri osa hoitajavastaanotoilla käyvistä asiakkaista ovat pitkäaikaissairaita, jotka käyvät vastaanotolla säännöllisesti, mutta on myös potilasryhmiä, jotka käyvät hoitajavas-

taanotolla kertaluonteisesti (Säilä 2005, 18; Aalto ym. 2006, 23). Reumaa sairastavat ovat yksi tavallisista hoitajavastaanotoilla käyvistä potilasryhmistä. Kertaluonteisesti vastaanotolla käyvät potilaat tulevat yleensä johonkin toimenpiteeseen (Säilä 2005, 18).

3.2.2 Tehtäväkuvien laajentaminen

Tehtäväkuvien laajentamisella tarkoitetaan ammatillista peruskoulutusta laajempien tehtäväkokonaisuuksien siirtämistä ammattihenkilöltä toiselle lisäkoulutuksella ja lisävaltuuksilla. Tehtäväsiirroilla tarkoitetaan yksittäisten tehtävien siirtämistä ammattihenkilöltä toiselle perehdyttämisen tai toimipaikkakoulutuksen kautta. (Markkanen 2002, 14; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13.) Tässä opinnäytetyössä painotetaan sairaanhoitajien muuttuvaa työnkuvaa.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä antaa omat rajoituksensa sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisestä tehtäviensirrosta ja sairaanhoitajien tehtävänkuvien laajentamisesta. Potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta päättäminen on yksinomaan lääkärin tehtävä, samoin kuin vain laillistetulla lääkärillä ja hammaslääkärillä on oikeus määrätä apteekista lääkkeitä. Laillistetut, luvan saaneet ja nimikesuojatut ammattihenkilöt voivat kuitenkin koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimia toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta. Tällöin osaaminen on varmistettava ja tehtäväsiirroista on tehtävä kirjallinen päätös. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559).

3.3 Reumahoitaja

Reumahoitajasta puhuttaessa tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajaa, joka toimii sairaanhoitajan työtehtävissä reumatautien poliklinikalla tai on saanut sairaanhoitajatutkinnon lisäksi erityiskoulutusta tehtäviin, joissa hoidetaan reumaa sairastavia potilaita. Kirjallisuudessa käsite reumahoitaja tarkoittaa useimmiten perusterveydenhuollossa toimivaa reumahoitajaa, mutta tässä

opinnäytetyössä keskitytään erikoissairaanhoidossa toimivan reumahoitajan tehtävänkuvaan ja koulutukseen.

Sairaanhoitaja on henkilö, joka on suorittanut säädetyn tutkinnon ja saanut oikeuden sairaanhoitotoimen harjoittamiseen (Facta Tietopalvelu). Sairaanhoitaja on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, eli henkilö, joka on saanut sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeuden lain nojalla. Luvan myöntää hakemuksesta Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559).

Reumapotilaan hoidossa on mukana monen alan ammattilaisia. Moniammatillisen tiimin ytimeen kuuluvat potilaan lisäksi reumatologi, sairaanhoitaja (reumahoitaja) ja fysioterapeutti. Lääkäri vastaa hoitolinjoista ja reumahoitajan, jolla on jatkuva kontakti potilaan kanssa, tehtävänä on usein koordinoida potilaan kokonaisuhoitoa. (Kukkurainen 2007, 1.)

3.3.1 Asiantuntijahoitaja

Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (ICN -International Council of Nurses) määrittelee asiantuntijahoitajan (nurse practitioner) seuraavasti: ”rekisteröity sairaanhoitaja, jolla on vaadittava erityisosaaminen, kyky monimutkaiseen ja vaativaan päätöksentekoon ja kliininen pätevyys laajennetulle työnkuvalle, jota muovaavat asiayhteydet ja maa, jossa henkilöllä on lupa työskennellä” (Hopia ym. 2006; International Council of Nursing). Suomenkielinen määritelmä löytyy myös Laurea-ammattikorkeakoululta:

Hän (kliininen asiantuntija) työskentelee alansa itsenäisenä asiantuntijana, moniammatillisten ryhmien johtajana sekä yhteistyössä muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa kliinisten käytäntöjen kehittämiseksi ja uusien toimintatapojen käyttöönottamiseksi. Toimiessaan itsenäisenä asiantuntijana tutkinnon suorittanut voi työskennellä konsultoivana asiantuntijahoitajana sekä pitää itsenäistä vastaanottoa. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2010.)

Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään usein asiantuntijahoitajasta puhuttaessa yläkäsitettä advanced practice nurse ja tämän alakäsitteitä nurse

practitioner ja clinical nurse specialist. Näiden rinnalla käytössä on myös alakäsitteet certified nurse midwife ja certified registered nurse anesthetic, jotka liittyvät kättilö- ja anestesiatyöhön. (Kerr & Johnson, 2000, 3; Perspective on Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing in the USA 2008.) Nurse practitioner ja clinical nurse specialist ovat näistä eniten mukana reumapotilaan hoidossa (Kerr & Johnson, 2000, 3). Kaiken kaikkiaan termille asiantuntijahoitaja on löytynyt 13 eri englanninkielistä termiä (Gul, Jelic, Loke & Pulcini 2008, 10–11). Tässä opinnäytetyössä käytetään rinnakkain, samaa tarkoittavina käsitteinä asiantuntijahoitajaa ja asiantuntijasairaanhoitajaa.

Asiantuntijahoitajat voivat toimia sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Yhdysvalloissa asiantuntijahoitajalta vaaditaan sairaanhoitajan perustutkinnon lisäksi yliopistotason tutkinto, käytännön kokemusta ja osavaltion riippuen myös koulutus omalta erikoisalaltaan. Yhdysvalloissa asiantuntijahoitajat voivat toimia joko itsenäisinä ammatinharjoittajina tai yhteistyössä lääkärin kanssa, riippuen kunkin osavaltion lainsäädännöstä. Jokaisessa osavaltiossa asiantuntijahoitajat voivat myös määrätä lääkkeitä itsenäisesti tai lääkärin jonkin asteisella osallistumisella. (Kerr & Johnson 2000, 3.) Suomen lainsäädäntö ei tarjoa sairaanhoitajalle mahdollisuutta toimia täysin itsenäisesti, vaan potilaan hoidossa on mukana aina lääkäri (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559).

3.3.3 Koulutus

Koulutus käsitteenä tarkoittaa johonkin asiaan tarvittavaa oppia tai tietyn organisaation puitteissa järjestettyä kasvatusta, jonka päämäärät, tavoitteet ja muodot sekä sisällöt on tarkoin määrätty kyseisen järjestelmän piirissä (Facta tietopalvelu; MOT Kielitoimiston sanakirja). Kansallisessa TULE-ohjelmassa esitetään yhtenä toimenpiteenä tuki- ja liikuntaelimestön terveyttä ja sairauksia koskevan opetuksen ja koulutuksen kehittämiseksi terveyden- ja sairaanhoitajien sekä tule-hoitajien erikoistumiskoulutusta lisättävän (Kansallinen TULE-ohjelma 2007, 25.).

Suomessa sairaanhoitajan ammattia saa harjoittaa vain laissa määritetyn koulutuksen saanut ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta laillistuksen saanut henkilö (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559). Sairaanhoitajien laajennettuja tehtäväkuvia varten ei ole olemassa yhtenäisiä lisäkoulutusohjelmia. Ammattikorkeakouluissa voidaan suorittaa ammattikorkeakoulututkintoja ja ylempiä ammattikorkeakoulututkintoja, ammatillisia erikoistumisopintoja, jotka ovat ammattikorkeakoulututkintoon pohjautuvia laajoja täydennyskoulutusohjelmia, jotka eivät johda tutkintoon, sekä muuta aikuiskoulutusta ja avointa ammattikorkeakouluopetusta. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon voi suorittaa henkilö, joka on suorittanut soveltuvan ammattikorkeakoulututkinnon tai muun soveltuvan korkeakoulututkinnon ja jolla on vähintään kolmen vuoden työkokemus asianomaiselta alalta. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 16.)

Suomessa ei ole vielä yhtenäistä käytäntöä reumahoitajien koulutuksen järjestämisessä (Kukkurainen, Martio & Mäkelä 2000, 20–23). Reumasäätn ylläpitämä Reuman sairaala Heinolassa on tarjonnut terveyden- ja sairaanhoitajille reumahoitajakoulutusta, jonka tavoitteena on antaa perustiedot reumataudeista, reuman lääkehoidosta, reuman hoidosta ja kuntoutuksesta. Koulutuksen tavoitteena on luoda valtakunnallinen reumahoitajien verkosto, ja parantaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä reumatauteja sairastavien hoidossa. Koulutus valmistaa reumahoitajan työhön perusterveydenhuollossa. (Reuman sairaala.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1. Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö on tehty kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusta tehdäkseen ei aina ole välttämätöntä kerätä uutta aineistoa, vaan+ tutkija voi käyttää hyväkseen valmiita aineistoja (Eskola, J. & Suoranta, J. 2000, 117). Hoitajavastaanottojen toiminnan kartoittamiseksi pidin perusteltuna käyttää valmiita aineistoja, sillä aiheesta on tehty erinäisiä tutkimuksia eri näkökulmista ja lähdemateriaalia hoitajavastaanotoista ja tehtäväkuvien laajentamisesta on löytynyt. Toisaalta nimenomaan erikoissairaanhoidossa toimivan reumahoitajan vastaanotoista lähdemateriaalia on löytynyt vähemmän, eikä myöskään aiheesta kokonaisuudessaan ole ollut saatavilla valmiita tutkimuksia. Myös opinnäytetyön tekemisen tiivis aikataulu on vaikuttanut menetelmän valintaan.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jossa tunnistetaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa, jonka laatua arvioidaan ja jonka tuloksista tehdään synteisiä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus koostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittelemisestä, alkuperäistutkimusten hausta ja valinnasta sekä laadun arvioimisesta ja analysoimisesta ja tulosten esittämisestä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.) Tutkimuksessa käytettävät tärkeimmät käsitteet on määriteltävä selkeästi, tiiviisti ja loogisesti. Peruskäsitteet löytyvät usein tutkimuksen aiheesta, otsikosta ja ongelmanasettelusta. Kun tutkimuksessa on määritelty käsitettä useammalla tavalla, tulisi tutkimuksen tekijän ilmaista oma valintansa kyseiseen tutkimukseen sovellettuna. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 151–154.).

Tutkimuksenteon valintoja ja kysymyksenasetteluja ohjaa tutkimusaihetta käsittelevään kirjallisuuteen perehtyminen. Aiheeseen paneuduttuaan tutkija pohtii sen pohjalta tutkimustehtävää, tutkimuksen näkökulmaa ja rajausta ja etenee sitten varsinaiseen aineiston keruuseen. Tutkimuskirjallisuuden tultua paremmin tutuksi tutkimustehtävä tarkentuu täsmällisiksi tutkimuskysymyksiksi. Kirjallisuuteen perehtyminen jatkuu koko tutkimusprosessin ajan. Aiheen tutkimustaustan tunteminen antaa tutkimuksen tekijälle varmuuden aiotun tutkimuksen mielek-

kyydestä ja tutkija pystyy perustelemaan tutkimuksensa tarpeellisuuden ja menetelmän. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 109, 113.)

Tutkimuksessa käytetyn aineiston analyysissä on aluksi päätettävä, mikä aineistossa kiinnostaa, minkä jälkeen aineisto käydään läpi ja merkitään kiinnostavat asiat. Samalla aineistosta rajataan pois ylimääräinen ja pysytään tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien määrittelemässä kiinnostuksen kohteessa. Sisällönanalyysillä saadaan hajanaisesta aineistosta selkeää ja yhteistä informaatiota. Tutkittavasta ilmiöstä saatava kuvaus on tällöin tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysillä saadaan aineisto kuitenkin vain järjestetyksi, ilman varsinaisia johtopäätöksiä tutkittavasta aiheesta. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91--92, 103, 108.) Aineiston sisällönanalyysin jälkeen on siis vedettävä vielä tulokset yhteen ja tehtävä niistä johtopäätökset.

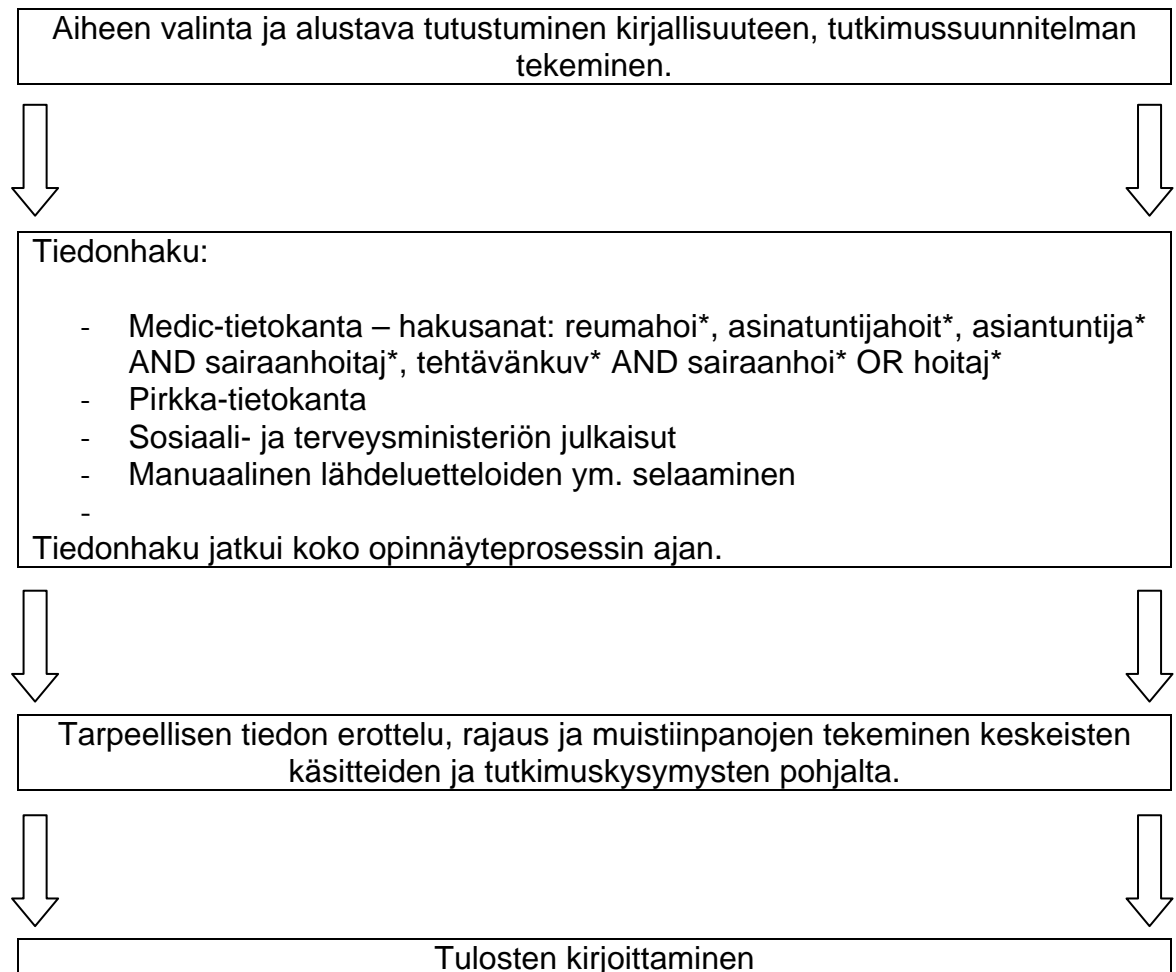
Tämä opinnäytetyö ei täytä kaikkia systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaatimuksia. Lähteinä on käytetty muutakin aineistoa kuin alkuperäistutkimuksia, esimerkiksi lehtiartikkeleita, eikä varsinaista luokittelua ja teemoittelua ole tehty, vaan opinnäytetyön tehtävät on muodostettu lähdemateriaaliin tutustumisen aikana esille nousseista kysymyksistä ja teoreettinen viitekehys käsitteistä, jotka nousivat esille lähdemateriaalista ja tutkimustehtävistä. Valmista tutkimusta aiheesta kokonaisuudessaan ei ole ollut saatavilla.

4.2. Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön aiheen valinnan jälkeen aloin alustavasti tutustumaan aiheeseen ja siihen liittyvään kirjallisuuteen. Pohdin olisiko tarpeen tehdä kyselyä eri yliopistosairaaloiden reumapoliklinikoille heidän toiminnastaan, mutta alustavan kirjallisuuteen perehtymisen jälkeen tulin siihen tulokseen, että käytettävissäni oleva aika ei siihen riitä ja kirjallisuudesta saan opinnäytetyöhön tarvittavasti aineistoa. Alustavasti aiheeseen paneutuessa esiin nousivat tutkimuksessa käytettävät keskeiset käsitteet ja tutkimustehtävät.

Tiedonhaussa käytin pääsääntöisesti Medic-tietokantaa, sekä Pirkka-kirjastotietokantaa, hakusanoilla reumahoi*; asiantuntijahoit*; asiantuntija* AND

sairaanhoitaj*; tehtävänkuv* AND sairaanhoi* OR hoitaj*. Selasin myös sosiaali- ja terveysministeriön Internet-sivuja stm:n aiheeseen liittyvien julkaisujen löytämiseksi sekä selasin manuaalisesti eri tutkimuksien ja artikkelien lähdeluetteloita. Tiedonhaku jatkui koko opinnäyteprosessin ajan. Eroteltuani ja rajattuani aiheiston tutkimuskysymysten ja keskeisten käsitteiden pohjalta, kirjoitin siitä muistiinpanot ja edelleen muistiinpanojen pohjalta kirjoitin tulokset. Opinnäytetyön toteutus on kuvattu kuviossa 2.



KUVIO 2. Opinnäytetyön toteuttaminen

5 TULOKSET

5.1 Polikliininen hoitajavastaanotto

Reumaa sairastava tarvitsee yleensä paljon terveyspalveluja, mistä aiheutuu kuluja sekä hänelle itselleen että ennen kaikkea yhteiskunnalle, sillä valtaosa kustannuksista rahoitetaan julkisesti. Sairaala- ja leikkaushoito ovat avohoitoa kalliimpia. Poliklinikkahoito on kustannustehokkaampaa kuin sairaalahoido. Kustannuksia tulee paitsi hoidosta, myös potilaan ja hänen läheistensä työstä poissaolosta. (Puolakka 2007.)

Hoitajavastaanottokäynnit ovat osa potilaan kokonaishoitoa. Useimmiten hoitajavastaanoilla korostuu neuvonta ja ohjaus koskien elämäntapoja, itsehoitoa, erilaisten apuvälineiden käyttöä ja sairauden omaseurantaa. (Helle-Kuusjoki 2005, 57; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 54; Säilä 2005, 18–19; Aalto ym. 2006, 23.) Neuvonnan ja ohjauksen osuus korostuu erityisesti pitkäaikais-sairauksia sairastavien potilaiden kohdalla, samoin potilaan motivoiminen ja tukeminen sekä heidän omaistensa kanssa keskusteleminen (Helle-Kuusjoki 2005, 31; Säilä 2005, 18). Hoitajat voivat toteuttaa myös lääkärin suunnittele-mia, potilaan kokonaishoitoon liittyviä tutkimuksia, sekä tehdä erilaisia toimenpi-teitä ja hoitoja (Helle-Kuusjoki 2005, 32; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 54; Säilä 2005, 18; Aalto ym. 2006, 23; Pitkänen 2007, 30). Hoitajalla on oltava näihin laajennettuihin tehtävänkuviiin liittyvä tarpeellinen tietotaito, joka on työn-antajan sopivaksi arvioima (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 54).

Välittömien hoitotoimenpiteiden ja ohjauksen lisäksi hoitajavastaanotolla työskentelevän sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu myös paljon välillisiä toimintoja, jotka ovat toisaalta pois varsinaisesta hoitoyöstä mutta kuitenkin välttämättömiä vastaanoton sujuvuuden kannalta. Välillisiin toimintoihin hoitajavastaanotolla kuuluvat muun muassa potilaspapereiden varaaminen sekä omalle, että samassa yhteydessä toimivalle lääkärin vastaanotolle, ATK:n käyttö, potilaan laboratorioskäyntien seuranta, hoitokäyntien saneleminen kasetille ja tekninen toiminta, kuten tarvittavan välineistön huolehtiminen ja erilaisten näytteiden lähettäminen eteenpäin. (Helle-Kuusjoki 2005, 31, 44.)

Hoitajavastaanotolla käynnistä laskuttamisen käytännöt vaihtelevat. Eräässä yliopistollisessa sairaalassa vastaanottokäynnistä voidaan laskuttaa normaali poliklinikka- tai sarjakäyntimaksu tai käynti voi olla potilaalle kokonaan ilmainen, jolloin käynnin katsotaan kuuluvan osana potilaan muihin poliklinikkakäynteihin. Joissain tapauksissa potilaalle maksuttomista vastaanottokäynneistä tehdään lasku potilaan kotikuntaan. (Säilä 2005, 19; Aalto ym. 2006, 23).

Tässä opinnäytetyössä käsitteitä asiakastyytyväisyys ja potilastyytyväisyys käytetään rinnakkain samaa asiaa tarkoittavina käsitteinä. Potilaalla ja asiakkaalla tarkoitetaan tässä henkilöä, joka on saanut hoitoa tai ohjausta terveyden- tai sairaanhoidon piirissä. Potilastyytyväisyyttä voidaan pitää yhtenä lähtökohtana terveysjärjestelmän muutoksia harkittaessa, koska se käsitetään usein hoidon laadun osatekijäksi (Hiidenhovi 2001, 30–31; Härkönen 2005, 7). Myös esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohjeistuksessa potilaan hyvästä hoidosta todetaan muun muassa, että potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen vaikuttavat potilaan ja hänen läheistensä odotukset ja tarpeet ja että hänen arvostuksiaan ja käsityksiään kunnioitetaan hoito- ja tutkimussuhteessa (Aalto, Herrala & Tainio 2009, 5-6). Potilastyytyväisyyden eri osa-alueiksi poliklinisessa hoidossa on määritelty tiedonsaanti, ammatillinen pätevyys, vuorovaikutustaidot, palvelun sujuvuus ja yleinen tyytyväisyys (Härkönen 2005, 7).

Hoitajavastaanottomallista poliklinisessa hoitotyössä on saatu pääasiassa positiivista palautetta asiakkailta (Lindström, Perälä & Vallimies-Patomäki 2003, 13–14; Härkönen 2005, 27; Aalto ym. 2006, 26). Asiakkaat ovat kokeneet poliklinikkakäynnistä olevan yhtä paljon hyötyä sekä hoitajavastaanotolla että tavattuun vastaanottokäynnillä myös lääkärin. (Härkönen 2005, 27; Aalto ym. 2006, 26.) Hoitajavastaanottojen asiakkaat ovat olleet tyytyväisimpiä hoitajien vuorovaikutustaitoihin ja palvelun sujuvuuteen (Härkönen 2005, 27). Osa-alueet, joihin asiakkaat ovat olleet perinteiseen lääkäri-hoitajavastaanottomalliin verrattuna merkittävästi tyytyväisempiä, ovat etukäteistietoon käynnin kestosta, ajan paikkansa pitävyyteen ja käynnin onnistumiseen kokonaisuudessaan (Aalto ym. 2006, 26). Asiakaspalautteen perusteella, jonka mukaan hoitajavastaanotolla käynnistä on yhtä paljon hyötyä kuin käynnistä poliklinikalla asiakkaan tavatessa lääkärin, voidaan ajatella hoitajavastaanottojen kehittämisen olevan järkevää sellaisten

potilasryhmien kohdalla, jotka eivät tarvitse lääketieteellistä asiantuntijuutta jollaisella poliklinikkakäynnillä (Aalto ym. 2006, 26).

Hoitajavastaanotolla itsenäisesti työskentelevät hoitajat ovat myös kokeneet hoitajavastaanoton mahdollistavan kokonaisvaltaisemman työskentelyn potilaan hoidossa ja edistävän kokonaisuuden hahmottamista hoitajan ollessa mukana koko hoitoprosessissa. Sairaanhoidajalla on enemmän aikaa kohdata potilas kokonaisvaltaisesti ja tarjota tälle enemmän huomiota, kuin perinteisessä poliklinikkamallissa, jossa potilas tapaa lääkärin ja mahdollisesti sen jälkeen hoitajan, jolloin hoitaja ei ole ollut mukana potilaan hoidossa alusta asti. Hoitajat ovat myös kokeneet työnsä siirtyneen enemmän kahdenkeskeiseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa. (Helle-Kuusjoki 2005, 32–34, 45.)

Sairaanhoidajat ovat kokeneet hoitajavastaanotolla työskentelemisen omassa työhuoneessaan kaksin potilaan kanssa mielekkääksi työn itsenäisyyden vuoksi vaikuttamismahdollisuuksiensa potilaan hoitoasioissa lisääntyessä. Hoitajalla on tällöin mahdollisuus perehtyä syvällisemmin potilaan tilanteeseen ja käyttää omaa persoonallista tapaansa hoitaa potilasta. Yksin työskennellessä sairaanhoidajan vastuu on myös lisääntynyt. Sairaanhoidajat ovat kokeneet toimivansa itsenäisinä ammattilaisina, jotka tekevät yhteistyötä lääkärin kanssa. Lääkärin konsultointimahdollisuus on koettu erittäin tärkeäksi, samoin omien rajojen tunnistaminen. (Helle-Kuusjoki 2005, 33–35, 45–46.) Hoitajavastaanottojen myötä tullut lääkäreiden resurssien suureneminen ei välttämättä ole kuitenkaan aivan niin yksioikoista, kuin eri tutkimuksissa on käynyt ilmi. Sairaanhoidajien uusien, vaativampien työtehtävien myötä heidän tukeutumisensa lääkärin ammattitaitoon on lisääntynyt (Helle-Kuusjoki 2005, 42).

Sairaanhoidajat ovat voineet hyödyntää ammattitaitoaan ja työkokemustaan, ja ovatkin nähneet sekä tietojensa että työkokemuksen molempien olevan erittäin merkityksellisiä potilaan kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistajana ja omalla vastaanotolla työskentelyn vaikuttaneen heidän ammatti-identiteettiinsä positiivisesti. Sairaanhoidajat ovat kokeneet toimivansa nimenomaan hoitajina. Vaikka lääketieteellinen orientaatio vastaanottotyössä onkin lisääntynyt, potilaan voimien huomiointi ja auttaminen hoitotyön keinoin on vahvasti mukana koko ajan. Työn omaksi kokemisen kannalta sairaanhoidajille on ollut tärkeää päästä osal-

listumaan hoitajavastaanottotoiminnan suunnitteluun ja käytännön järjestelyihin. Uuden oppiminen ja oman työssä kehittymisen näkeminen hoitajavastaanotto-toiminnan myötä on lisännyt sairaanhoitajien työn antoisuutta mutta toisaalta myös kapeuttanut ammattitaitoa eri toimipisteissä työskentelyn vähennyttä. (Helle-Kuusjoki 2005, 37–38, 44.)

Työssä viihtymiseen vaikuttaa työpaikalla eri ammattiryhmien välisen yhteistyön sujuminen: se vaikuttaa sairaspöissaoloihin vähentävästi, sairaanhoitajien ha-luun pysyä työyksikössään ja hoitoalalla. Sairanhoitajien ja lääkäreiden yhteis-työn laatu vaikuttaa myös potilaiden saaman hoidon laatuun: huono yhteistyö lisää riskiä hoitokomplikaatioihin ja haittatapahtumiin sekä potilaan sairaalassa-olon pidentymiseen. Potilaat myös aistivat herkästi sairaanhoitajien ja lääkärei-den yhteistyön tilaa ja toimivuutta. (Taren 2008, 53.)

Hoitajavastaanoton käyttöön ottamisen myötä sairaanhoitajat ovat kokeneet yhteistyön lääkäreiden kanssa parantuneen ja luottamuksen ammattiryhmien välillä kasvaneen. Kontaktit lääkäreiden kanssa ovat lisääntyneet ja sairaanhoi-tajien mielestä lääkäreitä on ollut aiempaa helpompi lähestyä ja tarvittaessa lääkäreiltä on saatu apua ja tukea. Yhteistyön parantamiseksi on yhteisillä osas-tokokouksilla nähty olevan positiivisia vaikutuksia. (Helle-Kuusjoki 2005, 36.)

Hoitajavastaanottotoiminnan lisäämiseen olisi tarvetta, mutta pula tiloista, lait-teista ja henkilökunnasta hankaloittavat toiminnan käynnistämistä (Aalto ym. 2005, 23). Hoitajavastaanottotoiminnalla on nähty säästettävän lääkärin aikaa ja nopeutettavan potilaan hoitoon pääsyä (Helle-Kuusjoki 2005, 33). Hoitajavas-taanottotoiminta tarjoaa mahdollisuuden käyttää henkilöstöresursseja tehok-kaasti, joten sillä voidaan päätellä olevan myös taloudellisia vaikutuksia (Aalto ym. 2006, 26). Joissakin tapauksissa säästöä onkin syntynyt (Hukkanen & Val-limies-Patomäki 2005, 45).

5.1.1 Tehtäväkuvien laajentaminen ja tehtäväsiirto

Suomessa on jo toteutettu tehtäväsiirtoja ammattiryhmiltä toisille, useimmiten lääkäreiltä laillistetulle hoitohenkilökunnalle (Markkanen 2002, 43; Kärkkäinen 2002, Lindström 2003, 15–16 mukaan; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 31, 54; Säilä 2005, 28; Aalto ym. 2006, 25; Pitkänen 2007, 28; Tervo-Heikkinen 2008, 105). Tehtäväsiirtoja on toteutettu myös niin, että lääkäri tekee tehtäviä, jotka ennen kuuluivat hoitajille ja sihteereille (Markkanen 2002, 19; Säilä 2005, 28). Lääkäreiltä hoitajille siirretyt tehtävät ovat olleet joko yksittäisiä työtehtäviä tai laajempia tehtäväkokonaisuuksia. (Aalto ym. 2006, 25). Yksittäisten toimenpiteiden lisäksi hoitajille on siirtynyt lääkäreiltä myös erilaisten todistusten kirjoittaminen ja potilastietojen tallentaminen. Hoitajien tehtäväksi on siirtynyt myös ennen sihteereille kuuluneita työtehtäviä ja toisinpäin. (Säilä 2005, 28.) Huomattavaa on, että ennen laillistetulle henkilökunnalle kuuluneita tehtäviä on jossain määrin siirretty myös kouluttamattomalle henkilökunnalle (Markkanen 2002, 30). Tähän ei laki totea mahdollisuutta.

Erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajien tehtäväkuvia on laajennettu eri erikoisalojen poliklinikoilla, toimenpideyksiköissä, sydänvalvontayksiköissä ja tehohoidossa. Poliklinikoilla laajennettua tehtäväkuvaa on toteutettu ottamalla käyttöön hoitajavastaanottomalli. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 33–34.) Yleisimmät syyt tehtäväsiirtoille ovat työn joustavuuden turvaaminen, lääkäripula ja pula koulutetusta henkilökunnasta (Markkanen 2002, 31, 43; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 22; Säilä 2005, 28). Aallon ym. (2006, 25) ja Säilän (2005, 28) mukaan jo olemassa olevan lääkäriytyöpanoksen käytön tehostaminen on myös syynä tehtäväsiirtoihin. Muita syitä ovat olleet hoidon laadun ja terveydenhuollon toimivuuden parantaminen, kustannusten rajoittaminen, uudet lääketieteelliset interventiot ja muutokset lainsäädännössä (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 22).

Tehtäväsiirtoihin liittyvään koulutukseen ei ole vielä olemassa valtakunnallisia, yhteneviä säädöksiä (Pitkänen 2007, 41). Toimipaikkakoulutus, jonka sisältö vaihtelee erikoisalan ja toimintasektorin mukaan, on yleinen muoto koulutuksen järjestämiselle (Kärkkäinen 2002, Lindström 2003, 43 mukaan; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 26–27). Myös ammatillista lisäkoulutusta tai muuta

koulutusyksiköiden (ammattikorkeakoulut, yliopistot, ammatti-instituutit ja terveydenhuollon toimintayksiköt) tarjoamaa lisäkoulutusta on käytetty vastaamaan koulutustarpeita. Lyhytkestoista lisäkoulutusta on järjestetty toiminnan suunnitteluun ja toteuttamiseen, potilasryhmäkohtaisiin tehtäviin ja yksittäisiin toimintoihin. Lyhytkestoista lisäkoulutusta ovat järjestäneet ammattijärjestöt, laitetoimittajat, potilasjärjestöt ja Kela, sekä henkilöstö on voinut osallistua valtakunnallisiin seminaareihin ja kansainvälisiin konferensseihin ja tehdä tutustumiskäyntejä muihin toimintayksiköihin. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 28.) Tehtäväkuvien laajentamisen ja tehtäväsiirtojen yhteydessä on myös todettu koulutusta järjestetyn riittämättömästi vastaamaan uudistetun tehtävänkuvan vaativuutta (Markkanen 2002, 43). Joissain tapauksissa koulutusta ei ole järjestetty lainkaan (Kärkkäinen 2002, Lindström 2003, 16 mukaan; Markkanen 2002, 34; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 28).

Selvityksessä kansallisen terveysthankkeen työnjakopiloteista todetaan lähes kaikissa tapauksissa tehtäväsiirtoihin liittyneestä vastuunjaosta sovitun kirjallisilla päätöksillä ja ohjeilla. Saman tutkimuksen mukaan vain yhdessä tapauksessa 25:sta vastuunjaosta on sovittu suullisesti ja kahdessa vastuunjaosta ei ole sovittu millään tavalla. (Hukkanen ja Vallimies-Patomäki 2005, 22.) Toisaalta on myös saatu tuloksia, että tehtäväsiirtojen yhteydessä on ollut hyvinkin yleistä virallisten päätösten ja ohjeiden puuttuminen vastuunjaosta (Säilä 2005, 29). Toisinaan on ollut täysin epäselvää, miten työntekijän henkilökohtainen vastuu on määritelty. Yleensä vastuu määritelty kirjallisesti, mutta aina sitä ei ole erikseen määritelty lainkaan. (Markkanen 2010, 34). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä toteaa tähän yksiselitteisesti, että aina ammattihenkilöiden toimissa toistensa tehtävissä tehtäväsiirroista on tehtävä kirjallinen päätös (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559).

Aina ei ole ollut täysin selvää, mikä uudistuneessa työnkuvassa loppujen lopuksi kuuluu kenellekin ja hoitajatoiminnan kehittämisen ja tehtäviensirron ongelmienä on nähty puutteellisesti määritellyt vastuut ja velvollisuudet (Aalto ym. 2005, 26; Helle-Kuusjoki 2005, 39). Joissakin paikoissa hoitajien laajennettuja tehtäväkuvia ja hoitajavastaanottoa varten on laadittu erilaisia hoito-ohjeita ja toimenkuvakuvauksia (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 37; Pitkänen 2007, 31). Toisaalla taas tehtäväsiirtoihin liittyen ei ole tehty lainkaan kirjallisia

ohjeita. Pääsääntöisesti ohjeiden laatimiseen käytetään moniammatillista yhteistyötä työyhteisön sisällä. (Markkanen 2002, 37.) Henkilökohtainen lupa on ollut yleisin käytäntö toimivaltuuksien määrittelyssä. Ammattiryhmälupa on myös yleinen. (Lindström 2003, 16.) Osaamisen varmistamiseksi on käytetty kirjallisia ohjeita, näyttöjä sekä lyhyttä tai riittävää henkilökohtaista koulutusta (Pitkänen 2007, 41). Esimerkiksi poliklinisen hoidon kehittämisen projektiryhmä suosittelee kirjallisten vastuiden ja velvollisuuksien määrittämistä, mikäli ammattiryhmien välinen tehtäväsiirto lisää tai laajentaa ammattiryhmien osaamisvaatimuksia (Aalto ym. 2005, 26).

Tehtäväkuvien muuttumisen vaikutuksesta sairaanhoitajan palkkaukseen on hieman vaihtelevia tuloksia. Vain harvoissa tapauksissa tehtäväsiirrot ovat vaikuttaneet palkkoihin (Markkanen 2002, 41–42; Helle-Kuusjoki 2005, 56; Pitkänen 2007, 34). Sairaanhoitajat ovat olleet pettyneitä rahallisen korvauksen puutteeseen, vaikka työmäärä ja vastuu ovat lisääntyneet muuttuneen työnkuvan myötä (Helle-Kuusjoki, 56). Toisaalta kotimaassa tehdyssä selvityksessä kaksi kolmesta tapauksesta huomioi tehtävien vaativuuden muutokset palkkauksessa. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 24). Myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin poliklinisen hoidon kehittämisen projektiryhmä kehottaa kiinnittämään huomiota palkkauskysymyksiin (Aalto ym. 2005,26).

Kielteisiä kokemuksia tehtäväkuvan laajentamisesta ja tehtäväsiirroista on aiheuttanut työn vaativuuden lisääminen, mikä näkyy hoitajien lisääntyneenä työmääränä, nopeana aikatauluna ja stressinä uuden toiminnan toteutuksen alussa, ja työn ohessa opiskelun raskaus (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 42–43; Pitkänen 2007, 34). Sairaanhoitajat ovat myös arvioineet työnsä vaativuuden ja kuormittavuuden lisääntyneen tehtäväsiirtojen myötä (Pitkänen 2007, 42). Myös jännitteet ammattiryhmien välillä ovat aiheuttaneet kielteisiä kokemuksia, samoin palkkaus ja alhainen korvaustaso. Ammattiryhmien väliset jännitteet ovat näkyneet luottamuksen puutteena, ulkopuolisten ammattiryhmien kielteisenä suhtautumisena, yksilöiden välisinä kommunikaatio-ongelmina ja organisaatioiden välisinä yhteistyöongelmina. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 42–43.) Hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat ovat esimerkiksi kokeneet joutuneensa pitämään puoliaan ”oman tilan ottamiseksi” ja työn tulleen

niin nopeatempoiseksi, että aikaa ei ole tarpeeksi kaikkien potilaiden ja tehtävien hoitamiseksi. (Helle-Kuusjoki 2005, 35, 39).

Yleensä suhtautuminen työnjaon kehittämiseen on kuitenkin ollut myönteistä (Helle-Kuusjoki 2005, 38; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 44; Tervo-Heikkinen 2008, 105). Kansallisen terveysthankkeen työnjakopiloteista kaikki sellaiset vastanneet, jotka eivät ilmoittaneet työnjakokokeilun olevan kesken tai jotka eivät jättäneet kokonaan vastaamatta kysymykseen, aikovat joko vakiinnuttaa kehitetyt toimintatavat, laajentaa niitä muihin organisaatioihin ja yksiköihin tai kehittää toimintatapaa edelleen tai aloittaa uuden työnjakokokeilun (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 43). Tehtäväsiirtojen myötä sairaanhoitajat ovat kokeneet työnsä mielekkyyden lisääntyneen. (Helle-Kuusjoki 2005, 38; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 46). Sairanhoitajat ovat kokeneet työnsä muuttuneen monipuolisemmaksi, mielenkiintoisemmaksi ja joustavammaksi, sekä työmotivaationsa parantuneen ja työnsä arvostuksen lisääntyneen (Pitkänen 2007, 42; Helle-Kuusjoki 2005, 46).

Taloudellisista vaikutuksista on erilaista tietoa. Joissakin tapauksissa kustannukset olivat kasvaneet lisähenkilöstön palkkaamisen ja koulutuskustannusten lisääntymisen seurauksena. Toisaalla kustannukset olivat laskeneet päivystyskäyntien vähenemisen ja asiantuntijasairanhoitajan poliklinisen vastaanotto-toiminnan ansiosta. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 45.) Kustannukset, jotka seuraavat uuden toiminnan aloittamista - kuten koulutuskustannukset ja lisähenkilöstön palkkaaminen – kuitenkin tasoittunevat toiminnan vakinaistuksessa.

Yksittäisten tehtävien siirtäminen ammattiryhmältä toiselle saattaa aiheuttaa epäselvyyksiä potilaan oikeuksien ja työntekijän vastuun osalta. Henkilöstörakennetta tulisi tarkastella uudestaan ja ottaa henkilöstösuunnitteluun lähtökohdaksi potilaiden hoidon vaativuus, mikäli organisaatiossa on paljon tarvetta yksittäisille tehtäväsiirroille. (Markkanen 2002, 43.) Laajempi tehtäväkuvien tarkastelu vapauttaisi myös resursseja: nykyisen lainsäädännön mukaan jokaisesta toiselle ammattiryhmälle kuuluvan tehtävän siirrosta on erikseen tehtävä kirjallinen päätös. Jos tarve tehtäväsiirroille on jatkuvaa, olisi järkevämpää laatia

uudet tehtäväkuvien määrittelyt. Tämä edellyttäisi muutoksia lainsäädännössä (Hukkanen 2005, 52).

5.2 Reumahoitaja asiantuntijahoitajana

Kansainvälisen tutkimuksen mukaan asiantuntijahoitajan roolin eri organisaatioissa on virallisesti tunnustanut 87% kyselyyn osallistuneista maista (Gul, Jelic, Loke & Pulcini 2010, 35). Asiantuntijasairaanhoitajan roolille löytyy sekä vastustusta, että kannatusta. Merkittävintä kannatus on ollut sairaanhoitajajärjestöjen, maiden hallitusten sekä yksittäisten hoitajien taholta. Kuluttajista suurempi osatukisi kuin vastustaisi asiaa. Suurinta vastustus on ollut lääkärijärjestöillä. Vaikka yksittäisistä lääkäreistä suurin osa suhtautuu kielteisesti asiantuntijahoitajien toimintaan, kolmasosa heistä kuitenkin suhtautuu myönteisesti. Myös viidesosa yksittäisistä sairaanhoitajista suhtautuu kielteisesti. (Gul, Jelic, Loke & Pulcini 2008, 35–36; Gul ym. 2010, 35.) Kyselystä ei selvinnyt, mistä vastustus johtuu, mutta voinee olettaa, että ainakin osa syistä on tässäkin opinnäytetyössä ilmi käyvät seikat.

Reumasairauksien hoidossa tärkeimmät tavoitteet ovat potilaan oireiden lieventäminen, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja kohentaminen, kudostuhon ja komplikaatioiden estäminen sekä jo syntyneiden vaurioiden korjaaminen. Tavoitteiden täyttäminen vaatii pitkäjännitteistä, moniammatillista hoitoa, jossa menetelmät ja painotukset muuttuvat tarpeen mukaan. Jotta hoitotavoitteet voidaan saavuttaa, ovat annettava tieto ja potilaan osallistuminen hoitoon ratkaisevan tärkeitä. Reumasairauksien moniammatillisen hoidon tärkeimmät osa-alueet ovat varhainen diagnoosi, potilasohjaus, lääkehoito, fysioterapia, toimintaterapia ja apuvälineet, ortopedia ja sosiaaliturva. (Kauppi 2007.) Reumahoitajan on oltava selvillä reumasairauksista, niiden syntymekanismeista, oireista ja reumapotilaan hoidon osa-alueista voidakseen antaa potilaalle kattavaa ohjausta ja vastata hoidon kokonaiskoordinoinnista.

Potilasohjauksella on keskeinen osa reumasairauksien hoidossa ja siihen tulee osallistua koko hoitotiimin (Löfman 2004, 31; Nivelreuma 2009). Erikoissairaanhoidon poliklinikalla asioiva reumapotilas on yleensä joko vasta saanut diagnoosin sairauteensa, tai hänen oireensa ovat pahentuneet niin, että peruster-

veydenhuollon tarjoama hoito ei ole enää riittävää (Nivelreuma 2009). Pitkäaikaissairaus ja sen hoito tuo muutoksia pitkälle potilaan tulevaisuuteen, joskus koko loppuelämän ajaksi. Omaa sairautta koskeva tieto ja ymmärrys on potilaalle ensiarvoisen tärkeää. Selviytyäkseen pitkäaikaissairaudesta tuomista arjen haasteista ja voidakseen ottaa vastuuta omasta hoidostaan, reumapotilas tarvitsee hyvän ohjauksen tarjoamia valmiuksia ja keinoja sopeutuakseen taudin kulkuun (Kukkurainen & Martio 2002, 10). Potilasta tuleekin tukea psyykkisesti koko hoitojakson ajan. Kun potilas saa mahdollisuuden osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon, se saa aikaan paitsi myönteisiä psyykkisiä seurauksia, myös potilaan aktiivisuuden lisääntymistä oman hoitonsa suhteen. (Löfman 2004, 30–31.).

Useimmiten hoitajavastaanotoilla korostuu neuvonta ja ohjaus koskien elämäntapoja, itsehoitoa, erilaisten apuvälineiden käyttöä ja sairauden omaseurantaa. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 54; Säilä 2005, 18–19; Aalto ym. 2006, 23.) Reumapotilas tarvitsee paljon psyykkistä tukea koko hoitojaksonsa ajan. Psyykkistä tukea on rohkaisu omatoimisuuteen, läheisyyden ja ajan antaminen potilaalle, kysymiseen kannustaminen. (Löfman 2004, 31.) Ohjausta annetaan myös itse sairaudesta ja siihen liittyvästä lääkehoidosta, mihin liittyen reumahoitaja antaa pistosopetusta ja toteuttaa infuusihoitoja. Puhelinpalvelu on myös osa reumahoitajan työtä. Puhelinpalveluun voi kuulua muun muassa ohjaus, hoidon tarpeen arviointi ja jatkohoidon järjestäminen. (HUS Reumatologian poliklinikka 2008; TYKS Paimion sairaala 2009.) On myös ehdotettu reumahoitajien kouluttamista ruiskeiden antamiseen niveliin, mikä on Suomessa vielä lääkärin tehtävä. Englannissa nivelinjektioiden antaminen on ollut osa reumahoitajien toimenkuvaa jo vuodesta 1995 lähtien. Potilaat ovat pitäneet sairaanhoitajien antamaa pistoshoitoa erittäin miellyttävänä useammin kuin lääkäreiden antamaa hoitoa ja hoitajan antamaa informaatioita selvästi parempana kuin lääkäreiden ja hyödyllisenä sekä sairaanhoitajien että lääkäreiden antamana.

Perusterveidenhuollossa reumahoitaja huolehtii potilaan hoidon seurannasta ja potilaan ja omaisten ohjauksesta, sekä yhteyksistä hoitotiimin muihin jäseniin ja on tarvittaessa yhteydessä erikoissairaanhoidon hoitotiimiin (Kukkurainen & Martio 2002, 10). Reumahoitaja toteuttaa lääkehoitoa ja kertoo potilaalle koetuloista, huolehtii lääkekontrolleista ja ottaa laboratoriokokeita. Reumahoitokor-

tin ajan tasalla pitäminen, verenpaineen mittaaminen ja reseptien uusimisesta huolehtiminen ovat myös perusterveydenhuollon reumahoitajan tehtäviä. (Kukkurainen, Martio & Mäkelä 2002, 22.)

Asiantuntijasairaanhoitajan työn vaatimuksia voidaan kuvata neljän eri roolin avulla. Keskeisimpänä on kliininen hoitotyö, jossa hoitaja toimii yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa potilaan, omaisten ja muun henkilökunnan kanssa, esimerkiksi suunnitellen hoitoketjuja, tehden hoitosuunnitelmia muun henkilökunnan kanssa ja tehden hoidon arviointia. Kouluttajan roolissa asiantuntijasairaanhoitaja kouluttaa potilaita, potilasryhmiä, omaisia, yhteisöjä, henkilökuntaa ja opiskelijoita. Hän tunnistaa koulutustarpeet sekä suunnittelee, osittain toteuttaa ja arvioi koulutusta. Asiantuntijahoitaja toimii myös konsulttina henkilökunnan kanssa ja potilaskonsultaatioissa. Hän soveltaa tutkimustietoa käytännön työhön sekä koordinoi ja toimii erilaisissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa. Johtajuus tarkoittaa kykyä olla visionäärinen ja saada muut toimimaan näkemyksensä suuntaisesti. Hoitotyön johtajan ja asiantuntijahoitajan työn päällekkäisyyksien estämiseksi työroolien selkeä määrittely on tärkeää. Asiantuntijasairaanhoitajan työssä on mahdollisuus soveltaa teoriaa käytännön hoitotyöhön. Jotta käytävissä oleva työaika riittäisi vastaamaan asiantuntijahoitajalle suunnattuja odotuksia, on oman työajan suunnittelun ja tehtävien priorisoinnin yhdessä esimiesten kanssa oltava mahdollista. (Kaira, Meretoja, Puumalainen, Santala & Vuorinen 2002, 8-9.)

Reumasäätien sairaalan ylilääkäri ja johtava ylihoitaja suosittavat yliopistosairaaloiden ja Reumasäätien sairaaloissa käyttöön otettavan roolin, johon kuuluu kliinisen hoitotyön asiantuntijuus, potilaan ohjaus ja opetus sekä hoitotieteellinen tutkimus. Tämän roolin hoitajan ja perusterveydenhuollossa toimivan asiantuntevan reumahoitajan yhteistyönä tavoitellaan reumapotilaan palveluketjuun pitkäaikaisen sairauden hoidon edellyttämää jatkuvuutta ja saumattomuutta. (Kukkurainen & Martio 2002, 11.) Reumasäätien sairaalan ajaututtua konkurssiin, jää asiantuntijahoitajan roolin kehittäminen reumasairauksien hoidossa jonkun muun, vielä tuntemattoman tahon vastuulle.

5.3 Reumahoitajan koulutus

Suomessa sairaanhoitajan ammattia saa harjoittaa vain laissa määritetyn koulutuksen saanut ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta laillistuksen saanut henkilö (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559). Sairaanhoitajien laajennettuja tehtäväkuvia varten ei ole olemassa yhtenäisiä lisäkoulutusohjelmia. Ammattikorkeakouluissa voidaan suorittaa ammattikorkeakoulututkintoja ja ylempiä ammattikorkeakoulututkintoja, ammatillisia erikoistumisopintoja, jotka ovat ammattikorkeakoulututkintoon pohjautuvia laajoja täydennyskoulutusohjelmia, jotka eivät johda tutkintoon, sekä muuta aikuiskoulutusta ja avointa ammattikorkeakouluopetusta. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon voi suorittaa henkilö, joka on suorittanut soveltuvan ammattikorkeakoulututkinnon tai muun soveltuvan korkeakoulututkinnon ja jolla on vähintään kolmen vuoden työkokemus asianomaiselta alalta. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 16.)

Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto suosittelee laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvän koulutuksen olevan maisteritasoista (International Council of Nursing). Kansainvälisessä tutkimuksessa asiantuntijahoitajien koulutus on suurimmassa osassa maista virallistettu ja lähes kaikissa maissa pätevyyden voi suorittaa maisteritasolla. Myös kandidaatin tutkinto on mahdollinen, samoin mahdollista on suorittaa sertifioitu todistus ja diplomi pätevyydestä. Toisaalta asiantuntijahoitajan tehtävissä voi toimia, vaikkei olisikaan koulutettu virallisesti asiantuntijahoitajaksi. Työntekijä on tällöin yleensä suorittanut jonkin muotoista virallista tai epävirallista koulutusta sairaanhoitajan tutkintonsa lisäksi. Toimiminen asiantuntijahoitajan tehtävissä täysin ilman minkäänlaista lisäkoulutusta on erittäin harvinaista. (Carroll ym. 2008, 18.) Hoitajat ovat kokeneet osaamisen kehittämismahdollisuudet työssään myönteisinä vaikka työn ohessa opiskelua pidetty vaativana (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 53).

Reumahoitajien koulutuksesta puuttuvat maassamme yhtenäiset käytännöt (Kukkurainen, Martio & Mäkelä 2000, 20–23). Helle-Kuusjoen (2005, 41) tutkimuksessa ilmi käynyt sijaisten saamisen vaikeus hoitajavastaanotoille sairaanhoitajien erikoisosaamista vaativien tehtävien vuoksi voisi myös helpottaa yhteisten osaamiskriteerien myötä. Reumasäätien sairaala on kouluttanut sairaanhoitajia reumahoitajiksi vuodesta 1995 lähtien. Koulutus on perustunut kan-

sainvälisesti saatuihin hyviin kokemuksiin reumahoitajien työstä. Koulutuksen tavoitteena on ollut reumapotilaiden hoidon ja seurannan tehostaminen, valmiuksien antaminen perusterveydenhuollon vastaanottoa pitävälle sairaanhoitajille koordinoida reumaa sairastavien palveluita, parantaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä reumatauteja sairastavien hoidossa ja luoda valtakunnallinen reumahoitajien verkosto. (Kukkurainen & Martio 2002, 10; Reuman sairaala.)

Reumahoitajakoulutuksen myötä reumahoitajana toimivat sairaanhoitajat ovat saaneet tietoja ja taitoja, jotka ovat mahdollistaneet heille potilaan voinnin seuraamisen ja hoidon toteuttamisen itsenäisesti, hoitovastuun kuitenkin säilyessä potilaan omalla lääkäriillä (Kukkurainen & Martio 2002, 10). Reumasäätiön sairaalan reumahoitajakoulutuksen käyneistä valtaosa, yli puolet, työskentelee terveyskeskuksissa, vajaa kolmasosa yliopisto-, keskus- tai aluesairaaloissa sekä jotkut myös yksityisillä lääkäriasemilla, kuntoutuslaitoksissa ja vanhainkodeissa (Kukkurainen, Martio & Mäkelä 2000, 20).

Reumasäätiön sairaalan reumahoitajakoulutuksessa sairaanhoitajat on perehdytetty reumaa sairastavien sairaudentilan ja hoitotarpeiden arviointiin sekä kuntoutusmahdollisuuksiin. Koulutuksen aikana on harjoiteltu potilasohjausta, opiskeltu lääkehoitoa ja potilaan tutkimista. Koulutukseen on kuulunut sekä lähiettä etäopiskelua. Lähiopiskelupäivien välissä koulutukseen osallistuneet ovat työstäneet kehittämistyötä omassa työyksikössään valitsemastaan aiheesta, esimerkiksi reumahoitajan vastaanottotoiminnan suunnittelua ja käynnistämistä. Koulutukseen osallistuneista lähes kaikki ovat saaneet mielestään hyvät tai melko hyvät valmiudet reumapotilaiden hoitoon ja ohjaukseen ja koulutuksesta saatua tietoa on arvioitu kattavaksi ja monipuoliseksi. (Kukkurainen, Martio & Mäkelä 2000, 21.) Reumasäätiön sairaala on hakeutunut konkurssiin keväällä 2010 ja toiminta siellä on lopetettu (Saarinen 2010). Reumahoitajien koulutuksen kehittäminen ja järjestäminen jää siis tulevaisuuden haasteeksi reuman hoidossa.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Johtopäätökset ja tutkimustulosten pohdinta

Tässä opinnäytetyössä kiinnostuksen kohteena oli asiantuntijahoitajien, erityisesti asiantuntijahoitajina toimivien reumahoitajien, tehtäväkuvat, koulutus ja heidän pitämiensä hoitajavastaanottojen toimivuus. Asiantuntijahoitajien työstä ja koulutuksesta, sekä siihen liittyvästä tehtäviensiirrosta ja tehtäväkuvien laajentamisesta, samoin kuin hoitajavastaanotoista oli saatavilla hyvin materiaalia: artikkeleita ja alkuperäistutkimuksia. Samoin oli materiaalia saatavilla perusterveydenhuollossa toimivien reumahoitajien työstä sekä yleisesti hoitajavastaanotoista. Sen sijaan erikoissairaanhoidossa toimivien reumahoitajien, tai reumahoitajina toimivien asiantuntijahoitajien vastaanottotyöstä ja koulutuksesta ei juurikaan tullut tutkimustietoa esille.

Lääkäripula on sairaanhoitopiirien mukaan vaikeuttanut merkittävästi toteuttamista ja kehittämistä ja hoitotakuun toteutumista eri erikoisaloilla. Koulutus- ja henkilöstömäärien lisäämisellä ei ole ollut merkittävää vaikutusta terveydenhuollon ongelmille. Henkilöstöryhmien välisen työnjaon kehittämisellä sen sijaan on todettu olleen positiivinen vaikutus hoitoon pääsulle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 22, 33.) Kaikkien ammattiryhmien huomioonottaminen työnjakoa muutettaessa on hoitoprosessin toimivuuden kannalta tärkeää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 33.) Yhteisen täydennyskoulutuksen järjestäminen eri ammattiryhmille voisi tukea toimivaa yhteistyötä. Vuoteen 2015 mennessä sosiaali- ja terveysalalla arvioidaan avautuvan 207 000 työpaikkaa, joista 60-70% johtuu eläkepoistuman korvaamisesta ja arviolta 29% on uusia työpaikkoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 27.) Vajeen täyttämiseksi olisi tärkeää luoda houkuttelevuutta ja parantaa uralla etenemismahdollisuuksia hoitoalalla.

Koulutus on yksi tärkeimmistä organisaation mahdollistamista keinoista työssä oppimiseen ja asiantuntijaksi kehittymiseen. Hoitoalalla onkin toivottu esimiestasolta kouluttautumiseen kannustamista ja tukemista. (Taren 2008, 56.) Tämänhetkinen jäsentymättömyys laajennettua tehtäväkuvaa tekevien ja omaa vastaanottoa pitävien reumahoitajien koulutuksessa on ongelmallista suhteessa

potilaan oikeuksiin mahdollisimman hyvästä hoidosta asuinpaikasta riippumatta. Yhtenevillä pätevyysvaatimuksilla voitaisiin myös edistää eri ammattiryhmien keskinäistä luottamusta työtoverin osaamisesta. Helle-Kuusjoen (2005, 41) tutkimuksessa ilmi käynyt sijaisten saamisen vaikeus hoitajavastaanotoille sairaa hoitajien erikoisosaamista vaativien tehtävien vuoksi voisi myös helpottaa yhteisten osaamiskriteerien myötä.

Selvityksessä kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista todetaan tarpeelliseksi lisäkoulutuksen valtakunnallisten linjausten laatimisen ja laajuuden määrittämisen, samoin eri tehtävissä toimivien ammattilaisten täydennyskoulutustarpeen selvittämisen ja lisäkoulutuksen kehittämisen työelämätarpeita vastaavaksi. Myös perustutkintoa olisi syytä kehittää käytännön työtä ja itsenäistä vastaanottotoimintaa tukevaksi. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 49–50.) Ammattikorkeakoulut ovat kehittäneet sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmia, ylempiä ammattikorkeakoulututkintoja sekä järjestävät täydennyskoulutuksena johtamiseen liittyviä erikoistumisopintoja, jotka ovat olleet erittäin suosittuja. Kuitenkin johtamiskoulutuksen kehittäminen on hajanaista ja edennyt hitaasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 32–33.) Asiantuntijahoitajan työ voisi olla yhtenä edistävän tekijänä asiantuntijasairaanhoitajan johtamisroolin kautta johtamisen tukena.

Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportissa todetaan prosessien, johtamisen ja työnjaon uudistamisen, kannustavien palkkausjärjestelmien käyttöönoton sekä tietoteknologian tehokkaamman hyödyntämisen olevan tarpeellista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 33, 39). Tietoteknologian hyödyntämistä voi olla esimerkiksi sähköisten tietokantojen ja Käypä Hoitosuosituksen hyödyntäminen, kirjalliset potilas- ja hoito-ohjeet, sähköisen potilaskertomusjärjestelmän ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön käyttöön tarkoitettujen, päätöksentekoa tukevien ohjelmien käyttöönotto (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 52, 56). Näitä voitaisiin hyödyntää myös hoitajavastaanotoilla työn helpottamiseksi ja hoitajan itsenäisen toiminnan tukemiseksi, kunhan riittävästä perehdytyksestä ATK:n käyttöön huolehditaan.

Erikoissairaanhoidossa toimivan reumahoitajan tehtäväkuvat polikliinisella vastaanotolla ovat varsin laajat ja ammattitaitoa vaativat (liite 1). Koska erikoissai-

raanhoidossa hoidetaan lähinnä juuri diagnoosin saaneita sekä erityisen vaikeaoireisia reumapotilaita, on reumahoitajalla oltava vankka tietämys itse sairaudesta, sen hoidosta ja vaikutuksesta potilaan elämään, voidakseen tarjota potilaalle kokonaisvaltaista ja asiantuntevaa hoitoa. Itse sairauden ja sen hoidon tunteminen ei riitä, vaan hoitajan on osattava myös ohjata potilasta tavalla, jolla potilas voi ohjauksen omaksua, sekä hallittava lukuisia varsinaiseen hoitotyöhön kuulumattomia, mutta vastaanoton sujuvuuden kannalta välttämättömiä tehtäviä, kuten potilaspapereiden käsittelyä ja atk:n käyttöä. Asiantuntijasairaanhoitajan työhön kuuluu myös hoitotyön kehittäminen, konsulttina toimiminen muille ammattilaisille ja potilaille, yhteistyö moniammatillisen työryhmän ja perusterveydenhuollon kanssa, sekä johtajuusosaaminen.

Opinnäytetyössä on tullut esille useita eri tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitajavastaanoton onnistumiseen (liite 2). Hoitajan riittävästä ammatillisesta pätevyydestä olisi aiheellista olla yhtenäiset kriteerit sekä valtakunnallisesti, että työpaikka-kohtaisesti. Ammattitaidon ylläpitämiseksi tarvitaan johdon tukea koulutukseen ja toiminnan kehittämiseen. Asiantuntijahoitajalta vaaditaan myös motivaatiota ja johdon tarjoamaa mahdollisuutta vaikuttaa itse hoitajavastaanottoiminnan kehittämiseen, suunnitteluun, työhön ja työaikoihin sekä omien rajojen tunnistamista oman pätevyytensä suhteen. Koska pitkäaikaissairaana potilaan hoitaminen on tiimityötä monen eri ammattiryhmän välillä, on yhteistyön sujumiseksi otettava huomioon kaikki hoitoon osallistuvat ammattiryhmät tehtäväkuvia suunniteltaessa ja päällekkäisyyksien ja epäselvyyksien välttämiseksi määriteltävä selkeästi työroolit, vastuukysymykset ja työtehtävät. Työmotivaatioon ja haluun kehittää toimintaa vaikuttaa tehtävän vaativuutta vastaava palkkaus sekä asianmukainen fyysinen ympäristö työskentelylle; hoitajavastaanotolla tämä tarkoittaa omaa työhuonetta.

Erikoissairaanhoidossa toimiva, itsenäistä vastaanottoa pitävältä reumahoitajalta vaaditaan pohjakoulutuksena sairaanhoitajan (tai terveydenhoitajan) ammattitutkinto. Asiantuntijasairaanhoitajan yliopisto- tai ylempi ammattikorkeakoulututkinto täyttäisi Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton suosituksen asiantuntijahoitajan pätevyydestä. Lisäkoulutus omalta alalta, reumahoitajakoulutus, on myös suotava. Yhtenäisiä pätevyysvaatimuksia ei maassamme vielä ole, ja yhtenäisten koulutusohjelmien laatiminen onkin haaste reumahoidon ja hoitotyön kehittä-

tämisen tulevaisuudelle. Kun asiantuntijahoitajana toimivan reumahoitajan vastaanotosta on saatu enemmän kokemusta, olisi aiheellista tutkia enemmän, kuinka laajennetut tehtävänkuvat ovat onnistuneet suhteessa potilaiden hoitoon ja sairaanhoitajien ja muiden ammattiryhmien työhön. Valmiudet, jota koulutus ideaalitulanteessa tarjoaisi, on tiivistetty yhteen liitteessä 3.

6.2. Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan selostus tutkimuksen toteuttamisen kaikista vaiheista selvästi ja totuudenmukaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232). Tutkimuksen on oltava suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti (Sarajärvi & Tuomi 2009, 133). Opinnäytetyön eteneminen on kuvattu luvussa 4.

Käytettyjen lähteiden arvioimiseksi on kiinnitettävä huomioitava kirjoittajan tunnettavuuteen ja arvostettavuuteen, lähteen ikään ja tiedon alkuperään, lähteen uskottavuuteen ja julkaisijan arvovaltaan ja vastuuseen sekä taloudellisuuteen ja puolueettomuuteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113–114.) Lähteitä valitessani pyrin huomioimaan edellä mainitut seikat. Vaikka kaikki käyttämäni lähteet eivät olleet alkuperäistutkimuksia, tiivistelmät ja artikkelit olivat vanhimmillaan vuodelta 2000 sekä alansa asiantuntijoiden kirjoittamia tunnetuissa ja arvostetuissa julkaisuissa. Kirjallisuuskatsaus-tyyppisissä lähteissä pyrin etsimään alkuperäiset lähteet, mutta aina tämä ei ollut mahdollista joko lähteen julkaisemattomuuden tai saatavuuden vuoksi. Näihin toissijaisiin lähteisiin oli kuitenkin viitattu useissa tutkimuksissa, joten arvioin ne luotettaviksi. Koska opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, joka perustuu jo julkaistuihin lähteisiin, ei työssä tullut esille henkilöihin liittyviä eettisiä kysymyksiä.

Tutkimusten tekijöiden työtä on kunnioitettava ja sille on annettava sille kuuluva arvo aina tutkimuksia julkaistaessa (Sarajärvi & Tuomi 2009, 132). Jokaisesta käyttämästäni lähteestä olen tehnyt asianmukaiset lähdemerkinnät, joten lähteet ovat jäljitettävissä ja hyvän käytännön mukaisesti lainatut. Tuloksia ei tule myöskään yleistää kriittikittömästi, eikä tuloksia tule keksiä eikä kaunistella (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 26). Opinnäytetyössä esitetyt tulokset on

saatu analysoiden valmiita tutkimuksia ja pyrkien hyödyntämään koko kerätty aineisto.

Yksi mahdollinen tutkimustulosten vääristymän aiheuttaja voi olla tutkijan oma ennakkواسenne. Tutkimusta tehtäessä on tärkeää tunnistaa mahdolliset ennakkواسenteet ja pyrkiä irtautumaan niistä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 293). Oma kiinnostukseni ja innostukseni hoitajavastanottotoiminnasta olisi voinut yksipuolistaa tutkimustuloksia, mutta olen pyrkinyt huomioimaan käyttämässäni aineistossa kaiken ilmi tulevan.

LÄHTEET

Aalto, P., Kaunonen, M., Mattila, E. & Säilä, T. 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 7/2006. Tampere.

Aalto, P., Herrala, J. & Tainio, H. 2009. Potilaan hyvä hoito Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Päivitetty 23.11.2009. Tulostettu 12.2.2010.
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10192&contentlan=1/>

Eloranta, A-M. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla henkilökunnan arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino. 2000.

Facta-tietopalvelu. WSOY.
<http://www.facta.fi/tietosanakirja/>

Gul, R., Jelic, M., Loke, A. & Pulcini, J. 2008. An International Survey on Advanced Practice Nursing: Education, Practice and Regulatory Issues: 2008. Tulostettu 5.4.2010.
<http://www.icn-apnetwork.org/>

Gul, R., Jelic, M., Loke, A. & Pulcini, J. 2010. An International Survey on Advanced Practice Nursing: Education, Practice and Regulation. Journal of Nursing Scholarship. 42(1), 31-39.

Helle-Kuusjoki, Tuula. 2005. Tehtäväsiirroista hoitajavastaanottoon. Sairaanhoitajien toimenkuvan laajentaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja Kirjoita. 15. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hopia, H., Liimatainen, L., Perttunen, J., Raappana, M. & Tiikkainen, P. 2006. Laajavastuinen hoitotyö asiantuntijasairaanhoitajan haasteena. Sairaanhoitaja 79 (8).

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2005.

HUS Reumatologian poliklinikka. Luotu 18.9.2008. Luettu 13.4.2010.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;660;546;967;2086;2363&print=1>

Härkönen, E. 2005. Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitajavastaanottoon polikliinisessa hoitotyössä erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

International Council of Nurses. Definition and Characteristics of the Role. Tulostettu 1.4.2010.

<http://66.219.50.180/inp%20apn%20network/practice%20issues/role%20definitions.asp>

Julkunen, H. & Romu, M. 2004. Nivelreuman lääkehoito ja työnjako. Suomen lääkärilehti 59 (11), 1149-1154.

Kaira, A-M., Meretoja, R., Puumalainen, A., Santala, I. & Vuorinen, R. 2002. Asiantuntijasairaanhoitaja. Muutoksen tekijä kliinisessä hoitotyössä. Sairaanhoitaja 75 (12), 8-9.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3. Luotu 9.4.2002. Luettu 25.3.2010.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveysprojekti/luku4.htm>

Kansallinen TULE-ohjelma. Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto 2007.

<http://www.suomentule.fi/KTO.pdf>

Kauppi, M. 2007. Reumasairauksien yleiset hoitoperiaatteet. Kustannus oy Duodecim. Julkaistu 27.11.2007. Luettu 6.5.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00286

Karjalainen, A-M. 2007. Reumasairauksien monimuotoisuus. Kustannus oy Duodecim. Julkaistu 27.11.2007. Tulostettu 9.3.2010.

http://www.terveysportti.fi/dtk/reu/avaa?p_artikkeli=reu00280

Kerr, K. & Johnson, D. 2000. Advanced Practice Nurses in Rheumatology. American College of Rheumatology.

Korhonen, A., Isola, A. & Ukkola, I. 2008. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijan toimi. Asiantuntijapaneeli tukena toimen muodostamisessa. Hoitotiede 20 (3), 126–137.

Kukkurainen, M-L. 2007. Yhteistyö hoidon ammattilaisten kanssa. Kustannus oy Duodecim. Julkaistu 27.11.2007. Tulostettu 9.3.2010.

http://www.terveysportti.fi/dtk/reu/avaa?p_artikkeli=reu00323

Kukkurainen, M-L. & Martio, J. 2002. Reumahoitajat tärkeä lenkki hoidossa. Sairaala 64 (1–2), 10–11.

Kukkurainen, M-L., Martio, J. & Mäkelä, T. 2000. Asiantuntijasairaanhoitajan merkitys reumapotilaan hoidossa. Sairaanhoitaja. 73(7), 20-23.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 1, 37–45.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2010. Luotu 23.2.2010. Luettu 27.3.2010.
http://www.laurea.fi/internet/fi/01_opiskelu_ja_hakeminen/01_ryhma1/01_Koulutus/03_Ylemmat_AMK_tutkinnot/Kliininen_asiantuntija/index.jsp

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1. painos. Juva: WSOY.
 Markkanen, K. 2002. Tehtäväsiirrot terveydenhuollossa. Selvitys nykytilanteesta. Julkaisusarja B: Selvityksiä 1/2002. Tehy ry.

Lindström, E. 2003. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:12. Helsinki 2003: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Lindström, E., Perälä, M-L. & Vallimies-Patomäki, M. 2003. Miten sairaanhoitajan tehtäväkuvien laajentaminen on onnistunut? Systemoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö. 1(2), 10-15.

Löfman, P. 2004. Reumapotilaan itsemääräämisen edistäminen: hoitotyön kehittäminen osallistuvan toimintatutkimuksen avulla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus.

Martio, J. 2002. Reumahoitaja voitaisiin kouluttaa antamaan ruiskeita niveliin. Duodecim (118), 8243.

Martio, J. 2007. Reuman käsitteestä. Kustannus oy Duodecim. Julkaistu 27.11.2007. Tulostettu 9.3.2010.

Metropolia-ammattikorkeakoulu. 2009. Päivitetty 11.11.2009. Luettu 27.3.2010.
<http://www.metropolia.fi/koulutustarjonta/sosiaali-ja-terveysala/kliininen-asiantuntija-yamk/>

MOT. Kielitoimiston sanakirja 2.0. MOT sanakirjasto. Elektroninen sanakirja. Luettu 26.3.2010.
<http://mot.kielikone.fi/mot/tamk/netmot.exe>.

MOT. Lääketiede 2.0a. MOT sanakirjasto. Elektroninen sanakirja. Luettu 26.3.2010.
<http://mot.kielikone.fi/mot/tamk/netmot.exe>.

Nivelreuma. 2009. Käypä hoito. Päivitetty 18.9.1009.

Pekurinen, M. 2007. Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, osa I. Helsinki: Edita.

Pitkänen, A. Tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Puolakka, K. 2007. Reumasairauksien taloudelliset menetykset. Kustannus oy Duodecim. Julkaistu 27.11.2007. Tulostettu 9.3.2010.

http://www.terveysportti.fi/dtk/reu/avaa?p_artikkeli=reu00285

Reuman sairaala. Reumahoitajakoulutus-esite. Luettu 2.3.2010.
<http://www.reuma.fi/digipaperit/hoitajakoulutus/>

Saarinen, J. 2010. Heinolan Reumasairaala lopettaa taustasäätiön konkurssin vuoksi. Helsingin Sanomat. Julkaistu 29.3.2010. Luettu 11.5.2010.
<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Heinolan+Reumasairaala+lopettaa+taustasäätiön+konkurssin+vuoksi/1135255062288>

Sarajärvi, S. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti. Vuosien 2002–2007 toiminta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit – tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Tampereen ammattikorkeakoulu. 2010. Päivitetty 24.3.2010. Luettu 27.10.2010.
[http://www.tamk.fi/cms/tamk.nsf/\\$all/87C265DC8BFF0698C225761F004BB9F6](http://www.tamk.fi/cms/tamk.nsf/$all/87C265DC8BFF0698C225761F004BB9F6)

Taren, V. 2008. Työssä oppimista ja asiantuntijaksi kehittymistä edistävät ja estävät tekijät johtamisen haasteena hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2006. STAKES 2008. Luettu 1.5.2008.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt11_08.pdf.

Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2007. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Tulostettu 1.4.2009.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr01_09.pdf

Tervo-Heikkinen, T. 2008. Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

TYKS Paimion sairaala. Luotu 4.2.2009. Luettu 23.4.2010.
<http://www.tyks.fi/fi/2805/37792/>

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.

LIITE 1. Reumahoitajan tehtävät

ASiantuntijahoitajana toimivan reumahoitajan tehtävät eri-koissa sairaanhoidon poliklinisella hoitajavastaanotolla	
Kokonaishoidon koordinointi ja toteutus	
Ohjaus	Sairauden kulku, itsehoito, lääkehoito, pistosopetus, omaseuranta, apuvälineiden käyttö
Neuvonta	
Tukeminen	Rohkaisu omatoimisuuteen, läheisyyden ja ajan antaminen, kysymiseen kannustaminen
Motivoiminen	
Omaisten huomiointi	Keskustelu, hoitoon mukaan ottaminen
Tutkimukset, toimenpiteet, hoidot	Lääkehoito, infuusioidot
Puhelinpalvelu	Ohjaus, hoidon tarpeen arviointi ja jatkohoidon järjestäminen
Potilaspapereiden varaaminen	Omalle vastaanotolle, usein myös samassa yhteydessä toimivalle lääkärin vastaanotolle
ATK:n käyttö	Potilastietojen tallentaminen ja lukeminen
Laboratoriokäyntien seuranta	
Tekninen toiminta	Tarvittavan välineistön huolehtiminen ja erilaisten näytteiden lähettäminen eteenpäin
Kliinisen hoitotyön asiantuntijuus	Yhteistyö moniammatillisen työryhmän kanssa Hoitotieteellinen tutkimus Koulutus Konsulttina toimiminen Johtajuus
Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa	Hoidon jatkuvuuden ja saumattomuuden varmistaminen

LIITE 2. Reumahoitajan koulutus

REUMAHOITAJAN TARVITSEMIA, KOULUTUKSELTA ODOTETTAVIA VALMIUKSIA	
Sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan ammattitutkinto ja Terveystieteiden keskeisten laillistusten laillistus	
Valmiudet, joita asiantuntijasairaanhoitajana toimiva reumahoitaja koulutukselta tarvitsee:	Itsenäisen vastaanoton pitäminen Reumasairauksien tiedollinen hallinta Sairauden tilan, hoitotarpeiden ja kuntoutusmahdollisuuksien arviointi Potilasohjaus Lääkehoito Potilaan tutkiminen Voinnin seuraaminen Hoidon toteuttaminen itsenäisesti Palveluiden koordinoiminen Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä Asiantuntijana toimiminen työyhteisössä Yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa Hoitotyön kehittäminen Hoitotieteellinen tutkimus
Yliopisto- tai ylempi amk-tutkinto, kliininen hoitotyön asiantuntija	
Yhtenäisten linjausten mukainen reumahoitajakoulutus	

LIITE 3. Onnistunut hoitajavastaanotto

ONNISTUNEEN HOITAJAVASTAANOTON EDELLYTYKSIÄ
Hoitajan riittävä ammatillinen pätevyys - koulutus ja työkokemus, yhtenäiset osaamisen kriteerit valtakunnallisesti ja työpaikkakoulutuksessa, halu jatkuvaan täydennyskoulutukseen
Johdon tuki koulutukseen ja toiminnan kehittämiseen
Mahdollisuus ja motivaatio vaikuttaa itse hoitajavastaanoton kehittämiseen, suunnitteluun, työhön ja työaikoihin
Yhteistyön toimiminen eri ammattiryhmien välillä - kaikkien ammattiryhmien huomioiminen tehtäväkuvia suunniteltaessa
Työroolien, vastuun ja työtehtävien selkeä määrittely
Tarkoituksenmukainen fyysinen ympäristö - oma vastaanottohuone
Tehtävän vaativuutta vastaava palkkaus
Omien rajojen tunnistaminen

LIITE 4. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn luonne	Tarkoitus / tavoite tehtävät / ongelmat	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Pitkänen (2007)</p> <p>Tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille sosiaali- ja terveydenhuollossa - Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena kuvata ja analysoida sairaanhoitajien arvioimana sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtyjä tehtäväsiirtoja.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitä tehtäväsiirtoja on tehty eri henkilöstöryhmien, erityisesti lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä? 2. Miten tehtäväsiirtoihin liittyvä osaaminen on varmistettu? 3. Miten sairaanhoitajat arvioivat tehtäväsiirtojen vaikutusta? 	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>N = 3000 satunnaisotoksella arvottua sairaanhoitajaliiton kliinistä hoitotyötä tekevää jäsentä (1221 palautti kyselylomakkeen hyväksytysti täytettynä)</p> <p>Aineisto on kerätty postikyselynä</p> <p>Aineisto analysoitu tilastollisilla menetelmillä</p>	<p>Lääkäreiltä sairaanhoitajille useimmiten siirretyjä tehtäviä olivat asiakkaan puhe- linneuvonta, hoidon tarpeen arviointi, verensiirtojen ja suonensisäisiin lääkityksiin liittyvät toimenpiteet, potilaan kotiuttaminen.</p> <p>Tehtäväsiirtojen yhteydessä ollut koulutus oli pituudeltaan vaihtelevaa ja joissain tapauksissa puuttui kokonaan. Osaamisen varmistaminen oli hyvin erilaista ja oikeus tehtävän suorittamiseen ja oikeudellisen vastuun siirtyminen vaihteli eri yksiköissä.</p> <p>Sairaanhoitajan työ oli muuttunut monipuolisemmaksi ja joustavammaksi tehtäväsiirtojen myötä, työmotivaatio oli lisääntynyt ja osa vastaajista arvioi työnsä arvostuksen nousseen.</p> <p>Tehtäväsiirtojen myötä työn vaatavuus ja kuormittavuus olivat lisääntyneet, mutta palkkausta oli nostettu</p>

			vain harvoissa yksiköissä tehtävien tasolle.
<p>Helle-Kuusjoki (2005)</p> <p>Tehtäväsiirroista hoitajavastaanottoon - Sairaanhoidajien toimenkuvan laajentaminen erikoissairanhoidossa.</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena kuvata hoitajavastaanottotoimintaa ja saada tietoa sairaanhoidajien toimenkuvan laajentamisesta.</p>	<p>Empiirinen osuus toteutettiin haastattelemalla kahden poliklinikan sairaan- ja osastonhoitajia</p>	<p>Hoitajavastaanottotyössä sairaanhoidajat kokivat voivansa hoitaa potilaita kokonaisvaltaisemmin kuin perinteisessä poliklinisessä työssä. Työn koettiin myös siirtyneen lähemmäs potilasta ja kahdenkeskiseen vuorovaikutukseen tämän kanssa.</p> <p>Sairaanhoidajan työ muuttui myös vaativammaksi ja lähemmäksi lääketiedettä työmäärän lisääntyessä.</p> <p>Hoitajat kuvasivat myös työn hallintaan ja työyhteisöön liittyviä positiivisia muutoksia.</p>
<p>Lindström (2003)</p> <p>Terveysterveysten eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa.</p> <p>Katsaus</p>	<p>Koota tutkimuksista ja hankesuunnitelmista tietoa siitä, miten terveydenhuollon eri ammattiryhmien välistä työnjakoa on kehitetty ja kehitetään Suomessa ja muissa Pohjoismaissa</p>	<p>Tutkimuksia ja artikkeleita koottiin Medic-tietokannasta.</p>	<p>Muissa Pohjoismaissa on poistettu työnjaon lainsäädännöllisiä esteitä Suomea enemmän. Muissa Pohjoismaissa työnjakoa on kehitetty sairaanhoidajien ja lääkäreiden välillä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairanhoidossa.</p> <p>Eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittämishankkeina ollaan perusterveydenhuollos-</p>

			sa käynnistämässä asiantuntijasairaanhoidajan toimintaa ja koulutusta sekä vastaanottohoitajan ja päivystävän hoitajan toimintaa. Erikoissairaanhoidossa hankkeina on sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidossa ja eri erikoisalojen toimintayksiköissä.
<p>Härkönen (2005)</p> <p>Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitajavastaanottoon poliklinisessä hoitotyössä erikoissairaanhoidossa</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Selvittää, kuinka tyytyväisiä iho- ja sukupuolitautilien poliklinikoiden hoitajavastaanotolla käyneet potilaat ovat saamaansa hoitoon.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin lomakekyselynä yliopistosairaalan iho- ja sukupuolitautilien poliklinikoiden hoitajavastaanotolla.</p>	<p>Tulokset osoittavat, että potilaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa hoitoon hoitajavastaanotolla.</p> <p>Potilaat olivat kaikkein tyytyväisimpiä hoitajien vuorovaikutustaitoihin.</p>
<p>Säilä (2005)</p> <p>Poliklinisen hoidon toimintamallit – tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla.</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Kuvata tämänhetkisiä poliklinisen hoidon toimintamalleja erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla.</p> <p>Lisäksi kuvata poliklinikoilla tehtyjä tai suunniteltuja eri ammattiryhmien välisiä tehtäväsiirtoja</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja puolistrukturoiduilla haastatteluilla yliopistollisen sairaalan ajanvarauspoliklinikoiden henkilökunnalta.</p> <p>Analyysimenetelmänä käytettiin sekä deduktiivista että induktiivista sisältöanalyysia. Analyysia jatkettiin kvantifioimalla aineisto.</p>	<p>Poliklinisesta hoidosta kuvattiin viisi eri toimintamallia. Hoitajavastaanotot ovat joko toimenpide-, hoito- tai tutkimuspainotteisia tai neuvonta- ja ohjauspainotteisia vastaanottoja.</p> <p>Toimintamallien kehittäminen on tarpeellista lisääntyvän potilasmäärän, vähenevien resurssien ja 2005 voimaantulleeseen hoitotakuun myötä.</p>

<p>Markkanen (2002)</p> <p>Tehtäväsiirrot terveydenhuollossa</p> <p>Selvitys</p>	<p>Tarkoituksena kar- toittaa Suomessa terveydenhuollon ammattiryhmien välillä tehdyt tehtä- väsiirrot ja niiden laajuudet</p> <p>Tavoitteena saada tietoja: 1. Mitä terveyden- huollon tehtäviä Suomessa on jo nyt siirretty ammat- tiryhmältä toiselle? 2. Mille ammatti- ryhmälle tehtäviä on siirretty, missä olosuhteissa tehtä- väsiirrot ovat voi- massa ja miten teh- täväsiirtoihin liittyvä osaaminen on varmistettu? 3. Miten tehtäväsiir- toihin liittyvä am- matinharjoittajan ja lähiesimiehen vas- tuu on määritelty? 4. Onko tehtäväsiir- roilla ollut vaikutus- ta hoitohenkilöstön palkkoihin?</p>	<p>Kyselytutkimus</p> <p>N = 2534 Tehyn jäsenenä olevaa hoitohenkilöstön johtajaa ja lä- hiesimiestä, ko- konaisotanta (pa- lautettuja, hyväk- syttyjä vastauksia 740))</p> <p>Aineisto on kerät- ty postikyselynä</p> <p>Aineisto on ana- lysoitu suorilla jakaumilla ja avo- vastaukset sisäl- lön analyysillä</p>	<p>Tehtäväsiirtoja ta- pahtunut laajasti, useimmin lääkä- reiltä laillistetulle hoitohenkilökun- nalle, nimikesuoja- tuille ammattihen- kilöille ja tervey- denhuoltoalalle kouluttamattomille.</p>
<p>Gul, Jelic, Loke & Pulcini (2008)</p> <p>An International Survey on Ad- vanced Practice Nursing: Educa- tion, Practice and Regulatory Issues: 2008</p> <p>Selvitys</p>		<p>Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>N = 174 (91 vas- tausta INP/APNN Networkin jäsenil- tä (International Nurse Practi- tioner /Advanced Practice Nurse) 32 eri maasta,</p> <p>Kysely suoritettu kansainvälisenä Internet-kyselynä, jossa täytettävä- nä on ollut online- kaavake</p>	

<p>Hukkanen & Valimies-Patomäki (2005)</p> <p>Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa - selvitys kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista</p> <p>Selvitys</p>	<p>Tarkoituksena kuvata Kansallisen terveyshankkeen Henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako terveydenhuollossa-osahankkeen pilottien tuloksia.</p> <p>Tavoitteena tuottaa tietoa työnjaon ja terveystalouden kehittämiseen ja antaa esimerkkejä työnjaon uudistamiseen perustuvista hyvistä käytännöistä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>N = 31 (25 vastausta)</p> <p>Sähköiset kyselylomakkeet, uusintakysely kahdesti niille pilottiorganisaatioille, joilta ei saatu vastausta ensimmäisiin kyselyihin.</p> <p>Aineisto analysoitu sisällönanalyysillä, vastausvaihtoehtojen esiintyvyys laskettu, määrälliset tulokset esitetty lukumäärinä ja suhteellisina osuuksina kuhunkin kysymykseen vastanneiden kokonaislukumäärästä.</p>	<p>Työnjaon kehittäminen liittyi yleisimmin sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanototyöhön perusterveydenhuollossa. Eniten tehtäviä siirrettiin lääkäreiltä sairaan- ja terveydenhoitajille, mutta myös fysioterapeuteille ja röntgenhoitajille.</p> <p>Piloteista osassa siirrettiin perus- ja lähihoitajille sairaanhoidollisia tehtäviä.</p> <p>Sekä henkilöstön että potilaiden kokemukset työnojen kehittämisestä olivat pääosin myönteisiä.</p>
<p>Löfman (2004)</p> <p>Reumapotilaan itsemääräämisen edistämisen: hoitotyön kehittämisen osallistavan toimintatutkimuksen avulla.</p> <p>Lisensiaatintutkimus</p>	<p>Kuvata ortopedisten reumapotilaiden hoitotyön kehittämistä itsemääräämistä edistävänä osallistavan toimintatutkimuksen avulla.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuivat ortopediset reumapotilaat (n=20) ja ortopedisen vuodeosaston hoitohenkilökunta (n=21).</p> <p>Aineisto kerättiin potilailta teema-haastattelulla ja hoitohenkilökunnalta ryhmähaastattelulla.</p> <p>Aineistojen analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällön analyysiä. Lisäksi keskeisenä aineistona oli tutkijan päiväkirja.</p>	<p>Potilaan itsemääräämisoikeus toteutui potilaiden ja hoitajien mukaan fyysisissä hoitotoiminnoissa. Sekä potilaat että henkilökunta korostivat tiedottamista ja psyykkisen tuen antamista itsemääräämistä edistävänä tekijänä.</p> <p>Potilaat toivoivat hoitajien rohkaisevan nykyistä enemmän ja hoitajat tunnistivat tarpeen muuttaa omia asenteitaan ja kehittää hoitotyön sujuvuutta.</p>

<p>Taren (2008)</p> <p>Työssä oppimista ja asiantuntijaksi kehittymistä edistävät ja estävät tekijät johtamisen haasteena hoitotyössä.</p> <p>Pro gradu -tutkielma</p>	<p>Käsitellä työssä oppimista ja asiantuntijaksi kehittymistä edistäviä ja estäviä tekijöitä sairaalaorganisaatiossa yksilön näkökulmasta, ammattiryhmien välisiä eroja vertaillen ja johtamisen haasteena.</p> <p>Vertailla eri ammattiryhmien kokemuksia ja mielipide-eroja työssä oppimiseen ja asiantuntijaksi kehittymisen vaikuttavista tekijöistä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus.</p> <p>Aineistoa analysoitiin kokemuksina sisällön analyysin avulla.</p> <p>Empiirinen aineisto kerättiin sairaalaorganisaatiossa kyselylomakkeella. Aineistoa täydennettiin yhdellä haastattelulla.</p>	<p>Tärkeimmäksi työssä oppimista edistäväksi tekijäksi nousi koulutus.</p> <p>Johtaminen koettiin myös tärkeäksi työssä oppimisen ja asiantuntijaksi kehittymisen kannattavaksi voimaksi</p>
--	---	---	--